

MANEJOS CLÍNICOS DA PSICOSE: O CASO ESTAMIRA NA VISÃO PSICANALÍTICA E ANALÍTICA COMPORTAMENTAL

TOGNON, Alencar Venâncio Silva¹

ROSA, Adriana Cristina de Jesus²

GODOY, Ana Paula Bissi²

FERNANDES, Anna Laura Queiroz de Lima²

JAMBERCI, Malena da Silva²

QUEIROZ, Mariana Mateus de²

HAMPARIAM, Carol Godoi²

RESUMO

A Psicose em contexto geral é definida como um estado mental patológico caracterizado pela perda de contato do indivíduo com a realidade, e tal quadro psíquico torna desafiador o trabalho terapêutico e conseqüentemente evidencia questionamentos quanto aos manejos e eficácia do tratamento. Desse modo, nesse trabalho analisou-se o longa-metragem *Estamira* baseado em duas diferentes abordagens técnico-teóricos da psicologia, uma vez que ambas apresentam formas distintas de elaborar o seu trabalho. A partir de uma perspectiva comportamental, seria necessário compreender os comportamentos alucinatórios de Estamira pelo meio em que ela está inserida, considerando as contingências ambientais instaladoras e que mantêm esses comportamentos, para assim serem desenvolvidas técnicas visando a extinção desses sintomas. Na perspectiva psicanalista, busca-se adentrar no universo em questão, utilizando-se dos recursos linguísticos trazidos pela paciente, para promover aos poucos, a inserção de Estamira no mundo simbólico, a fim de estabelecer uma melhor qualidade de vida para si, e para sua relação com o Outro³. Conclui-se que, embora os pressupostos

¹ Docente – UNIFEV – Centro Universitário de Votuporanga

² Discente – UNIFEV – Centro Universitário de Votuporanga

³ Na teoria lacaniana há a distinção entre o outro e o Outro, sendo aquele utilizado para se referir ao semelhante, as pessoas com quem um sujeito se relacionada, e este para descrever a relação do homem com tudo aquilo que influencia o seu modo de ser, permeado pela cultura e o mundo de experiências por ele vivenciado (QUINET,2009).

das abordagens sejam muito distintos, o foco do tratamento é único: promover uma melhor qualidade de vida do sujeito em questão, fazendo valer o rigor ético, técnico, filosófico, teórico e prático da profissão.

Palavras Chave: Psicose; Psicanálise; Análise do Comportamento; Estamira.

ABSTRACT

Psychosis in general context is defined as a pathological mental state characterized by the loss of contact of the individual with reality. Thus, in this work, the feature film *Estamira* was analyzed based on two different technical-theoretical approaches of psychology, since both have different ways of elaborating their work. In this sense, the present study aimed to investigate the techniques and clinical management of psychoanalysis and behavioral analysis on psychosis. From a behavioral perspective, it would be necessary to understand the hallucinatory behaviors of Estamira by the environment in which it is inserted, considering the environmental contingencies and that maintains these behaviors, in order to develop techniques aimed at the extinction of these symptoms. In the psychoanalytic perspective, one seeks to enter the universe in question, using the linguistic resources brought by the patient, to gradually promote the insertion of Estamira in the symbolic world, in order to establish a better quality of life for itself, and for Relationship with the Other⁴. It is concluded that, although the assumptions of the approaches are very different, the focus of the treatment is unique: to promote a better quality of life of the subject in question, asserting the ethical, technical, philosophical, theoretical and practical rigor of the profession.

Keywords: Psychosis; Psychoanalysis; Behavior Analysis; Estamira.

⁴ In Lacanian theory there is the distinction between the other and the Other, the one being used to refer to the like, the people with whom a subject relates, and this to describe the relationship of man with all that influences his way of being, Permeated by culture and the world of experiences he experienced (QUINET, 2009).

INTRODUÇÃO

A Psicose, em contexto geral, é definida como um estado mental patológico caracterizado pela perda de contato do indivíduo com a realidade. De acordo com a visão psiquiátrica, pautada na Classificação Internacional de Doenças - CID (1997) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V (2014), existem inúmeras classificações e gravidades para as psicoses; porém inicialmente são classificadas como hipóteses diagnósticas, as quais são confirmadas por meio de anormalidades, como: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor grosseiramente estereotipado, desorganizado, anormal e sintomas negativos. Desse modo, o diagnóstico é findado de acordo com as especificidades dos sintomas.

Durante muito tempo se acreditava que o único tratamento eficaz para pacientes psicóticos era por meio de ações medicamentosas, ficando à mercê das intervenções médicas. Porém, hoje o campo das psicoterapias tem apresentado resultados em atendimentos com essa demanda (CORDIOLE, 2008).

A psicoterapia de forma geral é tradicionalmente conhecida pela necessidade de o paciente expressar-se verbalmente. É um método de tratamento no qual o profissional, de acordo com as técnicas psicológicas, especialmente a comunicação verbal e a relação terapêutica, realiza uma variedade de intervenções, afim de auxiliar o cliente a superar seus diversos problemas de natureza emocional, cognitiva e comportamental (STRUPP, 1978 apud CORDIOLE, 2008).

Segundo Cordiole (2008), as psicoterapias se diferenciam quanto aos seus objetivos e abordagens teóricas, contendo explicações e técnicas diferenciadas de acordo com sua filosofia e prática clínica. Pode-se destacar como abordagens clássicas da psicologia, a Análise do Comportamento e a Psicanálise, das quais esse artigo irá tratar, implicando aos diferentes manejos e explicações clínicas na atuação psicoterápica à pacientes psicóticos.

1.1. O Atendimento Clínico de Psicóticos para a Análise do Comportamento

Para a análise do comportamento o sujeito é um ser monista, ou seja, é um corpo único que faz parte da natureza, sendo influenciado pelo ambiente. A partir

desse princípio, a análise do comportamento rejeita explicações metafísicas para o comportamento (MARÇAL, 2010), pois este é uma interação entre o organismo e o ambiente, onde "os homens agem sobre o mundo e o modificam e, por sua vez, são modificados pelas consequências de sua ação" (SKINNER, 1957, p.1).

O comportamento é influenciado pela interação dos três níveis de seleção: o nível filogenético relacionado com as características genéticas dos indivíduos; o nível ontogenético refere-se aos repertórios comportamentais adquiridos pelo indivíduo ao longo de sua história de aprendizagem; e o nível cultural que enfatiza as práticas culturais dos grupos que o indivíduo está inserido (MICHELETO; SÉRIO, 1993 apud SKINNER, 1991; MARTONE; ZAMIGNANI, 2002). Portanto, os comportamentos são considerados normais ou patológicos dependendo da cultura e da relação que o indivíduo estabelece com o ambiente (MARTONE; ZAMIGNANI, 2002).

O estudo da Terapia Comportamental com psicóticos teve início nas décadas de 50 e 60. Sua inserção em hospitais psiquiátricos causou estranhamento devido as suas técnicas que eram pautadas em criar contingências arbitrárias, para a modificação de comportamentos inadequados, pois as pessoas se mostravam sensíveis ao ambiente. Essa circunstância favoreceu o surgimento de concepções enganosas da Terapia Analítico Comportamental, que ao invés de outras teorias, tem os seus princípios baseados no Behaviorismo Radical e suas práticas alicerçadas na análise funcional⁵ para a compreensão dos comportamentos, sendo essa técnica a base dos atendimentos clínicos (SANTO et al., 2013).

No contexto da Análise do comportamento, o estudo do comportamento psicótico se deriva das ciências naturais e se dá a partir da observação do indivíduo quando em interação com o ambiente. Esta observação tem o objetivo de identificar quais são as variáveis dependentes (o que indivíduo faz, e o que ele fala) (MARCON; BRITTO, 2015), e as independentes (condições ambientais que afetam o comportamento). A partir da identificação dessas variáveis, é possível gerar novos comportamentos, por meio do controle e mudanças (SKINNER, 1979; MARCON; BRITTO, 2015).

⁵ Análise funcional busca compreender quais são as variáveis de instalação e manutenção do comportamento do indivíduo para realizar as intervenções (SKINNER,2003).

Segundo Santo et al. (2013, p. 53) são características da psicose “alucinação, delírios, e comportamentos bizarros”, e a esquizofrenia acrescenta a estes sintomas a desorganização de pensamento. Além disso, Santo et al. (2013) ainda acrescenta que os sintomas do psicótico estão divididos em três categorias: a primeira de positivos, que está relacionada com os delírios e alucinações, a segunda são os negativos, que é a desmotivação e falta de vontade, e a terceira a desorganização, os distúrbios de atenção e comportamentos inapropriados.

Para a análise do comportamento, conforme Gilhardi (2011), um quadro psicopatológico estaria relacionado com o nível filogenético, devido a um desenvolvimento neurofisiológico anormal. Porém, o fato de o organismo não ser intacto, não elimina a influência do ambiente em que o mesmo está inserido (GUILHARDI, 2011).

Desta maneira, a única consequência de não ser um organismo intacto, é que alterará a forma do indivíduo se relacionar com as contingências de reforçamento, mas continua sendo influenciado por essa interação (GUILHARDI, 2011).

Segundo Guilhardi (2011), Britto et al. (2010), Brito e Bueno (2011), Martone e Zamignani (2002), Santo et al. (2013) as alterações neurofisiológicas podem fazer com que os sujeitos ouçam vozes, vejam imagens em circunstâncias nas quais as demais pessoas não as ouvem e nem as veem (alucinações), além de terem alterações de pensamento (delírios). Entretanto, de acordo com os mesmos autores, os conteúdos produzidos pelas alucinações e pelos delírios são resultados da história de contingências do indivíduo, porque o ambiente não produz apenas alterações comportamentais no organismo, mas também modificações neurofisiológicas.

A análise do comportamento não nega a dependência ou reações fisiológicas do corpo do indivíduo, porém, as entende como um aspecto do comportamento do sujeito, e não como causa do comportamento (SKINNER, 1974 apud MARCON & BRITTO, 2015; SKINNER, 1979). Portanto, o terapeuta deve compreender as alucinações e os delírios das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia como comportamentos e realizar uma análise funcional para melhor entendimento dos casos (MARCON & BRITTO, 2015).

É por meio da análise funcional que irá investigar as contingências e criar hipóteses de quais são as variáveis que estabeleceram e quais as que mantêm esses comportamentos do indivíduo (SANTO et al., 2013). Deve-se investigar ainda se a pessoa já possui o diagnóstico e analisar seus comportamentos verbais, além também de:

[...] investigar sua história e mensurar algumas dimensões do comportamento, tal como a topografia (o que ele fala, o que ele faz ou deixa de fazer, o que ele vê, ouve e toca; como se expressa, com que gestos e expressões faciais), o controle de estímulos (em que circunstâncias causam um desses eventos ocorre ou não ocorre, a quem ele se dirige, quem o escuta) (MARCON E BUENO, 2015, p. 25).

O diagnóstico do cliente com esquizofrenia deve ser apenas um aspecto a ser pensado ao planejar o tratamento, porque é essencial levar em consideração as condições ambientais. Para a análise do comportamento, os princípios que governam o comportamento do esquizofrênico, são os mesmos dos outros comportamentos. Portanto, se o comportamento é mantido é porque existe condições de reforçamento positivo ou negativo, como por exemplo, com a esquiva de tarefas difíceis e atenção da família ou da sociedade (SANTO, et al., 2013; MARTONE; ZAMIGNANI, 2002).

A análise do comportamento não possui técnicas específicas de como lidar com cada cliente, pois sua intervenção sempre vai depender da análise funcional realizada de cada caso, porque até mesmo casos semelhantes podem ser influenciados por variáveis diferentes, pois irá depender da história de contingência do indivíduo. Portanto, cada cliente sempre terá uma intervenção única, pautada em suas necessidades (MARÇAL, 2010).

Todavia, alguns estudos vêm utilizando algumas estratégias com pacientes esquizofrênicos como, por exemplo, o controle de estímulos que se encontra no trabalho de Zarlock (1966 apud Marcon & Britto, 2015), que utilizou um salão de enfermaria de um hospital como um ambiente experimental durante sua pesquisa. Esse ambiente tinha sua decoração modificada quatro vezes durante o processo, resultando em quatro ambientes diferentes, vindo a ser: ambientes recreativos com sala de jogos, ocupacionais para realizações de trabalhos; sociais adequados para reuniões e um ambiente médico. Os participantes foram expostos em todas as

situações e foram registradas suas falas durante esse período. Os resultados destacam que falas inapropriadas (ex. alucinações, delírios, queixas somáticas, etc.) variaram de ambiente para ambiente, tendo 324 (trezentos e vinte e quatro) ocorrências no ambiente médico, 12 (doze) nos ambientes social e ocupacional e apenas 3 (três) no ambiente recreativo.

Outra estratégia utilizada diz respeito à atenção social que é usada como reforçador em procedimentos com pacientes crônicos, reforçando os comportamentos adequados do indivíduo e colocando os outros comportamentos considerados inadequados em extinção (ESPAMINONDAS, BRITTO; BRITTO et al., 2006). Essa estratégia é conciliada tanto com comportamento operante como com comportamento verbal.

Um exemplo é o estudo apresentado por Brito et al. (2006) a respeito de um homem de 49 (quarenta e nove) anos diagnosticado com esquizofrenia. Nas situações as quais o participante emitia falas apropriadas, era fornecido reforço social de forma vocal, ou, sinalizava positivamente com a cabeça, mantendo o contato visual e sorrisos, sendo maior a atenção dispensada ao participante. Enquanto que nas falas inapropriadas, estas não eram reforçadas, assim a pesquisadora agia como se estivesse interessada em alguma outra coisa, olhando para algo distante do participante ou até mesmo se afastava dele, sem emitir nenhum comentário, durante alguns minutos. Com isso, pôde-se observar resultados positivos nessa pesquisa, pois as falas inapropriadas diminuíram e a quantidade de falas apropriadas aumentaram nas sessões. Portanto, destaca-se a eficácia da análise do comportamento, nessas situações, pois irá ajudar o indivíduo ter um comportamento mais adaptativo na sociedade, melhorando a sua comunicação e interação com as outras pessoas (BRITO et al., 2006).

O atendimento em pessoas com esquizofrenia e comportamentos psicóticos ainda apresentam dificuldades para a ciência do comportamento, pois o maior número de pesquisas da análise do comportamento com psicóticos é de antes da reforma psiquiátrica, não havendo estudos recentes dentro desta abordagem (SANTO et al., 2013). Logo, são necessários novos estudos com este público nos dias atuais (BRITTO; SANTO et al., 2013).

1.2. O Atendimento Clínico de Psicóticos para a Psicanálise

A Psicanálise caracteriza a constituição do sujeito com base em um fenômeno dito como universal denominado Complexo de Édipo. Segundo Roudinesco e Plon (1998) é um tema central do saber psicanalítico e se caracteriza em uma fase da qual a criança exprime desejos de amor para com o genitor do sexo oposto e hostilidade para com o genitor do mesmo sexo, sendo que a resolução da mesma determinará a estrutura psíquica de cada indivíduo.

Assim, as estruturas psíquicas correspondem a uma forma de funcionamento psíquico e a uma resposta à castração, e se apresentam de três diferentes maneiras, sendo elas: neurose, que tem como base o recalque como defesa à castração, o qual o sujeito esconde de si o problema que o angustia; perversão, que possui como defesa a denegação da lei, caracterizada por indivíduos autossuficientes que não sentem angústias, utilizando o fetiche como forma de satisfação; e por fim, a psicose, que se caracteriza pela forclusão da metáfora paterna, ou seja, o sujeito não teria sentido efeito da castração, e, portanto encontra-se fora do princípio da realidade, prevalecendo o princípio do prazer (QUINET, 2006).

Freud, em sua trajetória com a psicanálise, direcionou seus estudos para a estrutura neurótica, tendo como caso de psicose apenas a análise autobiográfica de Schereber. Assim, ao debruçar-se sobre a psicose, Freud fez correlações ao Complexo de Édipo, narcisismo e a não inserção da castração, já que considerou que na psicose opera uma dimensão muito mais do nível da fantasia, sem uma articulação com o princípio da realidade (MEYER, 2008).

Freud, em suas construções teóricas, contraindicou a psicanálise para pacientes psicóticos, pois para ele a psicose seria a “impossibilidade da inserção de ordem estruturante na paranoia que faz eclodir a fuga da realidade para a construção de um mundo imaginário, nele presente com delírios e alucinações” (MEYER, 2008 p. 36), ou seja, a psicose seria uma reação de defesa perante a não tolerância da realidade.

Contudo, a psicose tanto em suas profundezas teóricas como em manejos clínicos adotados para o tratamento da mesma, foi estruturada com mais precisão pelo psicanalista francês Jacques Lacan. Este ao propor um retorno a Freud junto de

sua experiência de atendimentos com psicóticos, reavalia a contraindicação da psicanálise para psicóticos, outrora feita por Freud (e que ainda permanece uma discussão sobre o tema), alegando ser possível estabelecer transferência e conseqüentemente, tratamento para esses indivíduos (MEYER, 2008).

Diferentemente do neurótico que sofreu a castração sendo capaz de estabelecer uma articulação entre o nível da fantasia e da realidade, o psicótico teria um fracasso no recalque, devido à forclusão, que é definida por Quinet (2009, p. 15) como “uma das formas de negação, se aplicando a um fato que o locutor não considera como fazendo parte da realidade, ou seja, algo que desconsidera completamente”. Desse modo, o psicótico, diferente das pessoas “normais”, estaria fora do discurso articulado do mundo interno com a realidade externa, sendo prevalecida apenas a esfera de seu mundo próprio, sem uma relação concisa e racional com a realidade exterior (QUINET, 2009).

De acordo com Quinet (2006), a ausência do princípio da realidade marcará no sujeito psicótico uma realidade subjacente, que trará o inconsciente mais explícito em sua forma pura e literal, manifestado também pela linguagem, porém de forma desarticulada da simbolização. Portanto, por meio dos instrumentos que a linguagem pode oferecer, seja a fala, expressões corporais até mesmo a arte, o sujeito vai se manifestar e provocar a externalização de seus delírios, sendo esta mais uma defesa em prol da sustentação psíquica do indivíduo, ou seja, “é um discurso que não precisa (necessariamente) da fala para estar atuando” (QUINET, 2006, p. 30).

Com relação ao discurso, o mesmo autor irá destacar que o este se manifesta no psicótico fragmentando a linguagem, despedaçando seu corpo, desencadeando uma dificuldade quanto a sua identificação sexual, atacando seus laços sociais, com representações de ironia, cinismo e descrença, mas que isto não é impossível para que ele entre em um ou outro discurso e possa viver aí de forma mais ou menos estável. Suas falas possuem vidas, possuem sentido, seja para impor seus pensamentos e sentimentos em relação ao outro, seja para permitir acesso ao que acontece consigo mesmo.

Contudo, é somente no campo da linguagem que o psicótico pode se infiltrar nos laços sociais e estabelecer uma dimensão do Outro que outrora não era muito

bem estabelecida. É através dos laços sociais que a psicose irá criar condições para se desvincular das tais artimanhas que o Outro tanto lhe afeta (QUINET, 2006).

Na medida em que a psiquiatria se dedica à medicalização dos psicóticos e coloca-os à margem de uma normalidade, a psicanálise se orienta em escutá-los e dar autonomia para a realidade existente daquele sujeito em questão. Meyer (2008) destaca que para esses casos, a transferência só será possível quando o discurso do psicótico for acolhido em seu sentido literal, e de maneira alguma seja contestado e distorcido de uma forma que o deixe em um rótulo de patologia. É necessário que o discurso do psicótico ganhe um destino para assim fazer valer uma existência que parece não ser possível em outros ambientes. Nas palavras da autora:

o trabalho clínico com a psicose, deve caminhar na direção de acolher ou até produzir um possível endereçamento, criando condições para que o sujeito, que muitas vezes parece não estar lá, possa encontrar um espaço de existência (MAYER, 2008, p. 309).

Para isso, Meyer (2008) enfatiza que é necessário que a posição de Sujeito Suposto Saber que o analista toma na clínica das neuroses, seja o mais possível esvaziada, tornando-se uma pessoa que irá aprender com o discurso do psicótico, portanto, não irá possuir saber algum. “A própria psicose nos ensina sobre sua estrutura, sua lógica, indicando-nos o caminho da escuta que devemos seguir, por meio das soluções que ela mesma encontra para lidar com a falta estrutural do significante paterno” (MEYER, 2008, p.309).

Para isso, fica clara a posição do analista frente ao conceito que Lacan destacou sobre o secretário do alienado.

(...) O psicótico é um mártir do inconsciente, dando ao termo mártir seu sentido, que é o de testemunhar. Trata-se de um testemunho aberto. O neurótico também é uma testemunha da existência do inconsciente, ele dá um testemunho encoberto, que é preciso decifrar. O psicótico no sentido de que ele é, numa primeira aproximação, testemunha aberta, parece fixado, imobilizado, numa posição que o coloca sem condições de restaurar autenticamente o sentido do que ele testemunha, e de partilhá-lo no discurso dos outros (LACAN, 1955-56, p. 153).

Secretariar o alienado corresponde à possibilidade de dar crédito ao discurso do paciente em questão, tomando o que se diz ao pé da letra, já que ao contrário dos neuróticos que fazem conexões entre significantes e por si tem uma articulação

com o mundo simbólico, o psicótico se encontra na forclusão sem uma articulação precisa de discurso sob a ausência do significante Nome-do-Pai. O trabalho consiste, portanto, em proporcionar a castração a esses pacientes aos poucos na medida em que o mesmo traz discursos precisos para tal (LACAN, 1955-56).

Entende-se que a direção do tratamento se dá, portanto, no sentido de estimular a historização dos fenômenos, isto é, fazer o sujeito identificar em suas alucinações as palavras ouvidas que lhe tenham vindo do outro, e favorecer as construções delirantes que lhe permitam circunscrever **o gozo**⁶. Desta forma, o analista pode secretariar o psicótico em suas tentativas de estabelecer pares de oposição significativa e promover a pontuação em sua fala para possibilitar a precipitação do sentido (QUINET, 2006, p.64).

Ressalta-se que frente à realidade contemporânea, o passo a ser dado é dar continuidade aos estudos sobre o tema, considerando que todos os fenômenos dos psicóticos nada mais são do que tentativas de estabelecimento de algum vínculo com o Outro, e que a clínica psicológica, é uma grande precursora para se compreender cada vez mais a subjetividade desses pacientes.

OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo investigar as diferentes visões e técnicas de manejos clínicos em atendimento psicoterápico individual com pacientes psicóticos, nas abordagens Psicanalítica e Analítica Comportamental, tendo como base a análise do longa-metragem *Estamira*.

METODOLOGIA

A fim de estabelecer as diferenças teóricas e técnicas e, levantar as estratégias no atendimento psicoterápico individual das duas abordagens clássicas da psicologia (Psicanálise e Análise do Comportamento), foi escolhido o longa metragem *Estamira*, em que retrata um fato verídico de Psicose evidenciando todo o cenário da doença.

⁶ Ao longo de seus estudos Lacan dedica-se ao conceito de gozo e o considera como uma demasia de prazer, mas que se configura como insuportável acarretando sofrimento no corpo (QUINET, 2009).

Estamira é um documentário dirigido por Marcos Prado em 2006, no qual é composto por fatos marcantes como: estupro, prostituição, traições conjugais, o distanciamento da filha mais nova, ter sido moradora de rua e a dependência alcoólica. O documentário apresenta seu tratamento psiquiátrico realizado na saúde pública, que foi diagnosticada com quadro psicótico de evolução crônica, alucinações auditivas, ideias de influência e discurso mítico. Estamira é diagnosticada com esquizofrenia, e a partir das filmagens que se iniciou junto ao tratamento é possível observar as mudanças de comportamento e do discurso.

Estamira apresentava uma mistura de um discurso filosófico com extrema lucidez junto de pensamentos desorganizados de loucura. Ela morreu aos 70 anos de idade, por consequência de uma septicemia. Seu documentário é caracterizado como um instrumento fundamental para estudos sobre as psicoses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observar o caso Estamira, a análise do comportamento irá buscar compreender seus comportamentos alucinatorios a partir do contexto em que está inserida. O ambiente em que viveu é considerado promissor ao desenvolvimento do comportamento psicótico, pois foi abusada sexualmente pelo avô e por outros homens, foi abandonada em uma casa de prostituição, o esposo a traía, além de passar fome e miséria, que seriam as variáveis de instalação do problema, pois esses fatores trouxeram muito sofrimento psíquico para Estamira.

Portanto, todas essas contingências produziram uma resposta de fuga-esquiva da realidade, pois causava um menor sofrimento a Estamira. Portanto, esses comportamentos têm um efeito reforçador para a própria Estamira, que não tinha que vivenciar a dor, e também o seu comportamento era reforçado pelos amigos e familiares que, na maioria das situações, a escutava e não a contrariava, sendo as variáveis de manutenção desse comportamento.

Além disso, no decorrer do documentário é possível perceber que as alucinações de Estamira estão relacionadas com a sua história de contingências, como por exemplo, era muito religiosa, porém a partir do seu último estupro começa a questionar a existência de Deus e porque ele não a ajudava. Então, Estamira se revolta contra Deus, atribui todo o mal a esse “Deus estuprador, Deus que rouba,

que Deus não livra as pessoas das coisas, e que os discípulos dele que promovem a violência” (falas relacionadas a história de contingência da personagem). Assim, é importante destacar que, a partir de sua história de aprendizagem, a cliente criou uma autorregra de que esse Deus não é bom, o que passa a controlar os comportamentos futuros da Estamira.

Deve-se considerar ainda os fatores biológicos, pois a mãe de Estamira também sofreu de doenças mentais, o que precisa ser mais investigado. Porém, é importante destacar que a análise do comportamento irá buscar compreender quais são os eventos que antecedem e que vem mantendo esse comportamento.

Para realizar uma intervenção na análise do comportamento, inicialmente é necessário fazer uma análise funcional bem detalhada, buscando encontrar quais são as variáveis que o comportamento é função, sendo que cada cliente terá uma intervenção de acordo com sua história de contingência. Entretanto, o terapeuta deve estar sensível ao cliente e perceber se as estratégias a serem adotadas estarão produzindo efeitos, caso contrário é necessário revê-las.

A Psicanálise, por sua vez, encontra no sujeito uma essência, desviando de todas as formas de rótulos fragmentados patológicos intitulados pela psiquiatria. A essência da psicose se situa na descoberta de um discurso de significações capaz de realizar mediação do nível da fantasia com o princípio da realidade.

O inconsciente a “céu aberto” que Estamira apresenta, é revelado no próprio discurso, pois parece ter encontrado um escape do sofrimento real de sua vida via alucinação e delírio. Conforme o trabalho em secretariar o alienado, que Lacan enfatiza, traz ao pé da letra alguns significantes que Estamira revela, a começar pelo próprio nome que é repetido constantemente.

Estamira, podendo ser compreendida por “esta que mira”, ou ainda por “estar aqui-estar ali”. O significante possui um poder de estruturar via linguagem uma dor talvez que não consiga ser repelida de outras formas. O nome Estamira é repetido diversas vezes até mesmo em terceira pessoa, podendo demonstrar uma tentativa de reconhecimento, pois uma vez reconhecida, sua vida passa a ter significações.

A constante indagação de Deus que Estamira tanto se revolta ao ser citado, demonstra uma negação para àquele que outrora tanto procurava conforto. Pode-se pensar que “Deus” era um significante substitutivo do Nome-do-Pai, e a mesma

coloca nesse como significante primordial, servindo no discurso de Estamira, como a metáfora delirante. O seu “descuido” e o seu “abandono” a fez tratá-lo como algo deplorável, enganador e que destrói a humanidade da qual ela está inserida.

A fala “Resto e Descuido” que Estamira descreve referente ao local em que reside, leva a hipótese de que se trata de uma fala de si, uma vez que o psicótico dificilmente estabelece uma relação com o outro.

O discurso revela uma triste realidade social de exclusão e rompimento com o reconhecimento dos menos favorecidos. Em certo momento do documentário, Estamira relata, “eu não sou a Estamira? Eu não sou a beira do mundo?”. A beira do mundo pode significar o próprio sentimento de exclusão longe do reconhecimento social, por mais que o sujeito em questão se encontre nessas condições e os delírios sejam uma forma de enfrentamento da triste realidade a qual vivenciou e vivencia.

A Psicanálise no *setting* terapêutico acompanhado de Estamira, visaria promover a castração aos poucos, com base no próprio discurso apresentado, questionando suas visões fixas e padronizadas sobre as coisas, mostrando o outro lado das questões que a mesma coloca, e assim inseri-la em um campo que foi forcluída anteriormente.

É um trabalho árduo que requer do analista uma posição esvaziada de saber, permitindo-se adentrar no universo desse sujeito e utilizar dos recursos linguísticos, uma maneira de respeitar e efetivar sua subjetividade de modo que promova melhorias em sua relação com o Outro, bem como para si mesma.

Por fim, pode-se observar que ambas as abordagens, Psicanálise e Análise do Comportamento, trazem compreensões acerca do fenômeno da psicose de maneira distintas de acordo com seus pressupostos teóricos, técnicos e filosóficos e práticos. Nenhuma sobressai à outra, podendo ambas proporcionar bons resultados a pacientes psicóticos. É importante ressaltar que além da abordagem em si, é o uso coerente, ético que o profissional irá adotar no decorrer do processo terapêutico é que será preponderante para garantir a eficácia do tratamento.

Embora os pressupostos teóricos das abordagens apresentadas sejam muito distintos, o fim que ambas desejam é de comum acordo: tratar visando uma melhor qualidade de vida para o sujeito em questão, além de promover autoconhecimento.

Preservar o rigor ético de lidar com uma realidade subjetiva e humana, requer do terapeuta habilidades básicas no atendimento clínico, tendo sempre ciência de que a psicose não se trata de um objeto de estudo fragmentado que se reduz em sua patologia, mas sim, como Jung apontou, uma alma humana deverá apenas tratar o outro, como outra alma humana.

REFERÊNCIAS

BRITTO, I. A. G. S. et al. Reforçamento diferencial de comportamentos verbais alternativos de um esquizofrênico. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2006, v.8, n. 1, p.073-084, 2006.

BRITTO, I. A. G. S. et al. Análise Funcional de Comportamentos Verbais Inapropriados de um Esquizofrênico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 139-144, 2010.

BRITTO, I. A. G. S. Esquizofrenia: Desafios para a Ciência do Comportamento. Disponível em:<http://pospsicopatologia.com.br/ilma/Esquizofrenia_Dasafios_para_a_ciencia_d_o_comportamento.pdf>. Acessado: 21/10/2016.

CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

CORDIOLI, A. V. **As Principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações**. In. Psicoterapias: Abordagens Atuais. Ed: 3. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 20-23.

DSM. Manual de Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EPAMINONDAS, F. R.; BRITTO, I. A. G. S. Esquizofrenia: estudos na análise do comportamento. Goiás. Disponível:

[http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/1711/material/Esquizofrenia Epaminondas%20e%20Britto.pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/1711/material/Esquizofrenia%20Epaminondas%20e%20Britto.pdf). Acessado: 18/10/2016.

GUILHARTE, Hélio José. **Cisne Negro: análise comportamental de uma tragédia**. 2011.

Disponível em: <http://www.itcrcampinas.com.br/txt/cisnenegro.pdf>. Acessado: 18/10/2016.

LACAN, J. (1954-55/1985) **O seminário 2**, o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

LACAN, J. **O seminário livro 3**: as psicoses. 2.Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2008.

MARÇAL, J. V. S. Behaviorismo Radical e a Prática Clínica. In: DE-FARIAS, A. K. C.R (Org). **Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudo de caso**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 30-48.

MARCON, R. M; BRITTO, I. A. O estudo do comportamento psicótico: contribuições analítico-comportamentais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 17, n. 1, 2015.

MARTONE, R. C.; ZAMIGNANI, D. R. Esquizofrenia: a Análise do Comportamento tem o que dizer. **Sobre comportamento e cognição**, v. 9, p. 305-315, 2002.

MEYER, G. R. **Algumas considerações sobre o sujeito na psicose**. *Ágora* (Rio de Janeiro) v. XI, n. 2 jul/dez 2008. 299-312.

QUINET, A. **Psicose e laço social**: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

ROUDINESCO, E. PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, F. A. dos. SANTOS, K. L. de; AURELIANO, L. F. G. Estudo do comportamento psicótico pela Análise do Comportamento: revisão das publicações no JEAB e JABA. **Perspectivas em análise do comportamento**, v. 4, n. 1, p. 52-69, 2013.

SKINNER, B. F. **Verbal Behavior**. New York: Applenton-Century-Crofts, 1957.

SKINNER, B. F. O que é comportamento psicótico. **Teorias da psicopatologia e personalidade**, p. 01-16, 1979.