



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Camilo Barbosa Venturi

**Como se treina uma mente disfuncional ?:
antropologia do treinamento neurocognitivo aplicado à esquizofrenia**

Rio de Janeiro

2011

Camilo Barbosa Venturi

**Como se treina uma mente disfuncional?:
antropologia do treinamento cognitivo aplicado à esquizofrenia**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ/REDE SIRIUS/CBC

V468 Venturi, Camilo Barbosa.

Como se treina uma mente disfuncional? : antropologia do treinamento neurocognitivo aplicado à esquizofrenia / Camilo Barbosa Venturi. – 2011.

267f.

Orientador: Francisco J. Guerrero Ortega.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Esquizofrenia – Teses. 2. Neurociência cognitiva – Teses. 3. Pesquisa social – Teses. 4. Antropologia médica – Teses. 5. Pesquisa psiquiátrica – Teses. I. Ortega, Francisco. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.895.8

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Camilo Barbosa Venturi

**Como se treina uma mente disfuncional? : antropologia do treinamento neurocognitivo
aplicado à esquizofrenia**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração; Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em 05 de maio de 2011.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Francisco J. Guerrero Ortega (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Benilton Bezerra Jr.
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof^ª. Dra. Jane Russo
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof^ª. Dra. Ana Venâncio
Casa Oswaldo Cruz - Fiocruz

Prof. Dr. Flávio Edler
Casa Oswaldo Cruz – Fiocruz

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

A Solange, minha querida mãe, pela aposta e o apoio incondicionais nos caminhos que eu escolhi e pude traçar.

AGRADECIMENTOS

A Francisco Ortega, que me “abriu o cérebro” para estes temas e permitiu que a maior parte desta tese fosse realizada a distância. Sem a sua confiança e compreensão, nada disto seria possível.

A Alain Ehrenberg, que me acolheu generosamente em sua equipe, e orientou em grande parte os caminhos que segui neste trabalho. Sem as suas leituras atenciosas e as suas críticas construtivas, este trabalho seria inteiramente diferente.

A Pierre-Henri Castel, Anne Lovell e Brigitte Chamak, pelo seu interesse nesta tese e, sobretudo, pelas sugestões e troca de idéias.

A todos os colegas do CERMES3, especialmente Aurelien Troisoeufs, Baptiste Moutaud, Julien Jupille, Maëlle Planche e Agnès Dumas, que partilharam comigo as angústias e as delícias de ocupar a posição de doutorando na Academia francesa.

Aos novos amigos franceses, Fabrice, Joana e Claude, através de quem pude conhecer um pouco do modo de habitar o mundo que faz da França, França. Aos amigos brasileiros (antigos e novos), Gustavo, Bianca, Virgínia, Arthur, Danilo, Mônica e Guiga, que muitas vezes me trouxeram o calor do Brasil quando este me fez falta.

A Mari, minha companheira de bordo nesta longa viagem, nas calmarias e nas tormentas.

A toda equipe do *Centre Hospitalier Sainte Anne*, que permitiu generosamente que eu os observasse em ação. Sem o seu aval, nada disto teria sentido.

A todos os pacientes que me concederam entrevistas, conversas, momentos e olhares. Foram eles, sem dúvida, a maior motivação para o desenvolvimento desta tese.

A ALBAN (América Latina Bolsas de Alto Nível), pela aposta no valor do projeto e pelo financiamento dos 35 meses de pesquisa na Europa.

La psychiatrie semble être une anthropologie qui n'ose dire son nom.

Edmond Ortigues

Master the neural assemblage, and we might at long last master us.

Richard Powers

RESUMO

VENTURI, Camilo Barbosa. *Como se treina uma mente disfuncional?: antropologia do treinamento neurocognitivo aplicado à esquizofrenia*. 2011. 267 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

O sucesso recente das disciplinas neurocientíficas tem provocado mudanças nas representações sociais acerca do que constituem sentimentos, emoções e ações humanas complexas. O campo da medicina mental talvez seja o que mais tenha sido afetado por estas disciplinas, desde as últimas três décadas. Cada vez mais as categorias psicopatológicas têm sido estudadas e descritas em termos neuropatológicos. Como se opera na prática quotidiana de um laboratório de pesquisas a naturalização de entidades nosográficas complexas, tendo o cérebro e as suas funções como objetos de estudo privilegiados? Que impacto isto poderia ter sobre a forma de se tratá-las? Como isto poderia alterar a maneira de um paciente se autodescrever e agir no mundo? Estas questões gerais foram tratadas ao longo desta tese, que se apoiou sobre um trabalho de campo realizado em uma unidade de pesquisas parisiense, onde se desejava validar um método de tratamento inovador para pacientes portadores de esquizofrenia: a remediação cognitiva. Este tipo de técnica, originalmente concebida para tratar de pacientes com lesões neurológicas, migrou para o campo psiquiátrico a partir de uma redefinição na forma de se conceber a categoria de esquizofrenia, promovida pelas neurociências cognitivas: esta teria como cerne, não os clássicos sintomas positivos e negativos que a caracterizam clinicamente, mas um conjunto de déficits neurocognitivos, que incluem problemas de memorização, de concentração, de planejamento da ação, do raciocínio lógico, entre outros. Esta tese descreve o modo como estas concepções são geradas no interior de uma equipe francesa de pesquisa em psiquiatria, interessada em validar um novo método de remediação cognitiva. Procurou-se descrever a vida social destes pesquisadores, os compromissos criados no processo de geração de enunciados sólidos, e as estratégias e dificuldades encontradas no percurso de naturalização de uma categoria psiquiátrica complexa, como a esquizofrenia. Descreveu-se igualmente as práticas de remediação cognitiva em ação e o modo como estas interagiriam com os pacientes de modo a modificá-los em um certo sentido, segundo certos valores, bem como o contexto social que torna plausível a adoção deste tipo de estratégia terapêutica.

Palavras-chave: Estudos sociais da ciência. Esquizofrenia. Neurociências cognitivas. Antropologia médica.

RÉSUMÉ

Le succès récent des disciplines neuroscientifiques a provoqué des changements dans les représentations sociales concernant les sentiments, les émotions et les actions humaines complexes. Le champ de la médecine mentale a été, sans doute, le plus affecté par ces disciplines depuis les trois dernières décennies. De plus en plus, de catégories psychopathologiques sont étudiées et décrites en termes neuropathologiques. Comment s'opère-t-elle, dans la pratique quotidienne d'un laboratoire de recherche, la naturalisation d'entités nosographiques complexes, ayant le cerveau et ses fonctions comme des objets d'étude privilégiés? Quel impact est-ce que cela pourrait avoir sur la manière de prendre en charge les patients? Comment est-ce que cela pourrait transformer la manière dont un patient s'auto-décrit et agit dans le monde? Ces questions générales ont été traitées au long de cette thèse, à partir d'une étude de terrain réalisée à l'intérieure d'une équipe de recherche parisienne, où l'on voulait valider une méthode de prise en charge innovatrice appliquée à des patients ayant un diagnostic de schizophrénie: la remédiation cognitive. Ce genre de technique, originalement conçue afin de traiter des patients cérébrolésés, a migré vers le champ de la psychiatrie, à partir d'une redéfinition dans la manière de concevoir la catégorie de schizophrénie, opérée par les neurosciences cognitives: celle-ci aurait comme noyau centrale, non pas les classiques symptômes positifs et négatifs qui la caractérisent cliniquement, mais plutôt un ensemble de déficits neurocognitifs, comme de problèmes de mémorisation, de concentration, de planification de l'action, du raisonnement logique, parmi d'autres. Cette thèse décrit la manière pour laquelle ces conceptions ont été générées à l'intérieur d'une équipe française de recherche, intéressée à la validation d'une nouvelle méthode de remédiation cognitive. On a essayé de décrire la vie sociale de ces chercheurs, les compromis créés dans le parcours de génération d'énoncés solides, et les stratégies et difficultés retrouvées dans le processus de naturalisation d'une catégorie psychiatrique complexe, comme la schizophrénie. On a également décrit les pratiques de remédiation cognitive en action et les moyens par lesquels elles interagissent avec les patients de manière à les modifier dans un certain sens, selon certains valeurs, aussi bien que le contexte social que rendrait acceptable l'adoption de ce type de stratégie thérapeutique.

Mots-clefs: Études sociales de la science. Schizophrénie. Neurosciences. Anthropologie médicale.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	CONTEXTO INSTITUCIONAL ATUAL DE UMA UNIDADE DE PESQUISA EM PSIQUIATRIA NA FRANÇA.....	31
1.1	A coabitação da clínica e da pesquisa em um mesmo local.....	32
1.1.1	<u>Sainte Anne entre o passado e o futuro.....</u>	32
1.1.2	<u>Sainte Anne e o nó borromeano pesquisa-clínica-ensino.....</u>	38
1.1.3	<u>Clínicos-pesquisadores e pesquisadores-clínicos.....</u>	39
1.1.4	<u>A psiquiatria entre o “espaço das razões” e o “reino das causas”.....</u>	40
1.2	A lógica da criação de uma rede de colaboradores.....	45
1.2.1	<u>A reorganização do serviço em função de novas regras a seguir.....</u>	46
1.2.2	<u>A configuração de uma rede de colaboradores para ganhar mais “pontos”: da <i>inovação técnica</i> à <i>inovação organizacional</i>.....</u>	50
1.3	Um modelo unificado dos transtornos mentais: o caso particular da esquizofrenia.....	57
1.3.1	<u>A noção de endofenótipo como um elo conceitual necessário no estudo de patologias complexas.....</u>	59
1.3.2	<u>Os endofenótipos e o modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia.....</u>	63
1.3.3	<u>O modelo neurodesenvolvimental da esquizofrenia como categoria prática.....</u>	66
1.3.4	<u>A esquizofrenia como o produto de mecanismos infraconscientes de processamento da informação.....</u>	70
1.3.5	<u>Os déficits cognitivos como o núcleo central da esquizofrenia: a mente sob medida.....</u>	73
1.4	Considerações finais da primeira parte.....	76
2	A ARTICULAÇÃO DE UMA REDE SOCIOTÉCNICA – OU COMO AGRUPAR PARCEIROS PARA GERAR ORDEM E VALIDAR UM METODO TERAPEUTICO INOVADOR NA MEDICINA MENTAL CONTEMPORANEA.....	79
2.1	Dados históricos acerca da necessidade de validação científica dos métodos terapêuticos.....	82

2.1.1	<u>Por que e como validar uma prática clínica? Da confiança na autoridade de indivíduos ao modelo “democrático” dos ensaios clínicos randomizados.....</u>	82
2.1.2	<u>Os ensaios clínicos e a medicina mental: um descompasso temporal.....</u>	87
2.1.3	<u>Fazer uso do método científico como resposta à crise de legitimação de um campo: o exemplo da medicina mental.....</u>	91
2.1.4	<u>Validar tratamentos para a esquizofrenia: dos neurolépticos às abordagens psicossociais.....</u>	94
2.2	A criação de uma rede, tendo como eixo Paris-Lyon-Lausanne: a estabilização de interesses distintos em torno de uma prática inovadora.....	97
2.2.1	<u>A remediação cognitiva no mundo francófono: do RehaCom[®], IPT e CRT ao programa THERECS.....</u>	97
2.2.2	<u>A captura de um utensílio clínico por uma rede científica.....</u>	105
2.3	Qual design, para que tipo de estudo? Maneiras de estabilizar um fato científico em um ambiente regrado, a partir da reunião de caixas- pretas.....	110
2.3.1	<u>Primeira etapa do <i>design</i> metodológico: a seleção de um sólido ponto de comparação.....</u>	113
2.3.2	<u>Segunda etapa do <i>design</i> metodológico: escolher os <i>dispositivos de inscrição</i> corretos.....</u>	117
2.3.3	<u>Terceira etapa do <i>design</i> metodológico: definição dos critérios de inclusão e a divisão de pacientes entre grupos de comparação.....</u>	122
2.3.4	<u>Quarta etapa do <i>design</i> metodológico: a viabilização de recursos humanos e financeiros.....</u>	125
2.4	Considerações finais da segunda parte.....	130
3	REMEDIAÇÃO COGNITIVA: A NEUROPSICOLOGIA EM AÇÃO.....	134
3.1	Mas que cognição a remediar na esquizofrenia?.....	136
3.1.1	<u>A primeira entrevista para a pré-inclusão no protocolo de pesquisa: até que ponto é possível padronizar o julgamento clínico na medicina mental?.....</u>	136
3.1.2	<u>A mente sob medida.....</u>	142

3.1.3	<u>Cena 1: A avaliação da capacidade de Mlle. Cacoub para planejar e executar ações coordenadas.....</u>	143
3.1.4	<u>Cena 2: A avaliação da memória e da atenção de Mlle. Guéant.....</u>	153
3.1.5	<u>Cena 3: A boa performance cognitiva de Mr. Billard.....</u>	156
3.1.6	<u>A discussão dos resultados das baterias de avaliação neuropsicológica como atribuição de sentido ao sofrimento cotidiano de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.....</u>	164
3.1.7	<u>O que quer dizer “cognição” quando se fala de remediação cognitiva?: um modelo funcionalista para treinar mentes.....</u>	170
3.2	Como se treina uma mente disfuncional?.....	178
3.2.1	<u>A pedagogia do déficit cognitivo na esquizofrenia (ou a psicoeducação de Mlle. Cacoub).....</u>	178
3.2.2	<u>A esquizofrenia como “tipo indiferente-interativo”.....</u>	183
3.2.3	<u>Cena 1. O método CRT em ação: O treinamento da atenção seletiva de Mlle. Cacoub.....</u>	189
3.2.4	<u>Cena 2. O método CRT em ação: O treinamento da memória visuo-espacial, ou a indivisibilidade do sujeito no ato terapêutico?.....</u>	195
3.2.5	<u>O programa THERECS em ação: A lógica do avanço progressivo nos exercícios.....</u>	201
3.3	Fatos e Valores nos Programas de Remediação Cognitiva aplicados à esquizofrenia: dos “efeitos de looping” às pressões pela vida autônoma na cidade.....	214
3.3.1	<u>Mlle. Blanc.....</u>	215
3.3.2	<u>Mr. Jambois.....</u>	217
3.3.3	<u>Mr. Garceau.....</u>	219
3.3.4	<u>Mlle. Laugier.....</u>	220
3.3.5	<u>Mr. Martin.....</u>	221
3.3.6	<u>Fatos e valores no problema da cognição deficitária em pacientes com esquizofrenia e sua remediação.....</u>	223
3.3.7	<u>A circularidade entre oferta e demanda de aumento da performance cognitiva: como se produz em efeito de <i>looping</i>.....</u>	229
3.3.8	<u>Das instituições totais ao mandato da vida autônoma.....</u>	232
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	239

REFERÊNCIAS	246
APÊNDICE A – Descrição de sessão com utilização de exercício do programa THERECS de remediação cognitiva.....	256
APÊNDICE B – Descrição de sessão com utilização de exercício do programa THERECS de remediação cognitiva.....	260
ANEXO A – Exemplo 1 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	263
ANEXO B – Exemplo 2 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	264
ANEXO C – Exemplo 3 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	265
ANEXO C – Exemplo 4 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	266
ANEXO E – Exemplo 5 de exercício do programa CRT de remediação cognitiva.....	267

INTRODUÇÃO

To function effectively in the future, the psychiatrists we are training today will need more than just a nodding familiarity with the biology of the brain. They will need the knowledge of an expert, a knowledge perhaps different from but comparable to that of a well-trained neurologist. In fact, it is likely that in the decades ahead we will see a new level of cooperation between neurology and psychiatry. This cooperation is likely to have its greatest impact on patients for whom the two approaches – neurological and psychiatric – overlap.

Erik Kandell

Antes de qualquer coisa, uma questão deve ser colocada nesta tese: por que, afinal, se interessar por um tema tão específico como o campo das técnicas de treinamento neurocognitivo aplicadas a pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia? O que leva alguém com uma formação típica em ciências humanas a escolher um tema à primeira vista tão “exótico” como este? Ainda mais se acrescentarmos que a maior parte do material empírico desta tese foi recolhida em um trabalho de campo realizado em Paris, no interior de uma equipe de pesquisa em psiquiatria interessada em ciências cognitivas. Antes de introduzir às questões concretas desta tese, é necessário esclarecer essas questões preliminares, que permitem explicitar o modo como cheguei a este tema e as circunstâncias pelas quais ele veio ao meu encontro.

Este trabalho é fruto do interesse por um campo de estudos que se começou penetrar em 2005, em larga medida por influência do projeto de pesquisas “O Sujeito Cerebral: Impacto das Neurociências na Sociedade Contemporânea”, coordenado por Francisco Ortega e Fernando Vidal, cujo objetivo era investigar as origens, os desdobramentos e o impacto cultural do desenvolvimento e da popularização do conjunto de disciplinas que comumente agrupamos sob o nome de neurociências. A partir deste interesse inicial, realizou-se uma pesquisa que deu origem a uma dissertação de mestrado, defendida em Março de 2007, onde foram apresentados alguns antecedentes históricos e culturais para o desenvolvimento das tecnologias de neuro-imageamento e a sua aplicação em contextos tão variados como as emoções, os comportamentos sociais e os sentimentos morais. Ainda neste mês de Março, iniciou-se na mesma instituição o projeto de doutorado que daria origem a esta tese. Três meses depois, recebi a notícia de que tinha obtido um financiamento para o qual

havia me candidatado no ano anterior, que me permitiria realizar grande parte dos meus estudos doutorais em Paris. Assim, meio que de forma aleatória, o contexto francês passou a fazer parte desta pesquisa de doutorado.

Ao chegar em Paris, fui generosamente acolhido pela equipe do antigo CESAMES – hoje parte do CERMES3 – e, em especial, pelo seu então coordenador, Alain Ehrenberg, que se mostrou simpático à idéia de ter em seu laboratório de ciências sociais um aluno interessado em neurociências. Aliás, desde o início dos anos 2000, ele próprio tinha voltado uma parte do seu programa de pesquisas para o estudo das ciências cognitivas e das neurociências a partir de um ponto de vista sociológico, tendo publicado alguns artigos considerados importantes por aqueles que se interessam pelo tema¹. Na posição de co-orientador desta tese, Ehrenberg propôs que se fizesse um trabalho de campo para ver como as coisas se passam concretamente na vida social das instituições. Se de fato havia um impacto das neurociências sobre as sociedades avançadas, como supunham diversos autores contemporâneos, este seria de que ordem, em que contexto, com que intensidade? O trabalho de campo poderia ser um bom método para dar uma resposta a estas questões. Embora não permitisse a generalização, ele serviria como uma “lente de aumento” inigualável para a análise de situações locais. O que se perde em extensão, ganha-se em profundidade, com este tipo de metodologia.

A perspectiva de trabalhar com uma equipe francesa interessada em abordagens extraídas das neurociências cognitivas parecia especialmente frutífera para compreender o modo de ação concreto destas disciplinas. Isto porque, como se sabe, a psiquiatria francesa constituiu-se a partir do pós-guerra como um campo altamente influenciado por “heróis intelectuais” como Jacques Lacan, cujas teorias e metáforas radicalmente diferentes daquelas geradas pelas neurociências permanecem ainda vivas em vários setores da medicina mental francesa e, por extensão, na vida social daquele país. Por outro lado, a França também é a terra natal de Jean Delay, Pierre Deniker e Henri Laborit, que disputam o crédito histórico pela descoberta em 1950 da Clorpromazina, o primeiro medicamento eficaz no combate aos delírios e alucinações presentes nas psicoses. Somando-se a isto, a partir dos anos 1980, grandes neurocientistas, (neuro)filósofos e pesquisadores em ciências cognitivas do quilate de Mark Jeannerod, Alain Berthoz, Joëlle Proust e Jean-Pierre Changeux se juntaram à

¹ Ver, por exemplo: EHRENBURG, 2004b, 2008.

paisagem intelectual daquele país, incluindo o cérebro na agenda local de discussões e produção de conhecimento. Portanto, que tipo de terreno epistemológico se estaria adentrando? Qual seria a posição ocupada pelos pesquisadores e profissionais que se observaria em tal contexto? Como se faz pesquisa em psiquiatria na França de hoje, e quais seriam os seus novos “antípodas” e “heróis”?

Uma vez instalado em Paris, começou-se a trabalhar em um projeto que se dirigia para as conseqüências práticas da orientação cada vez mais próxima das neurociências cognitivas que a medicina mental havia tomado nas últimas décadas. Se a análise do discurso neurocientífico sobre o homem é importante para compreender o sucesso recente destas disciplinas, a observação das suas práticas é fundamental na avaliação do seu impacto concreto na vida de grupos sociais específicos. A fim de realizar um trabalho de campo, travou-se contato com um grupo de pesquisa do *Centre Hospitalier Sainte Anne*, que havia desenvolvido uma série de trabalhos sobre a esquizofrenia em neurociências cognitivas, e que naquela época estava para lançar um novo protocolo de pesquisa relativo à aplicação de técnicas de remediação cognitiva àquela categoria. Observar o comportamento de uma equipe de pesquisas seria uma ótima maneira de observar as “neurociências em ação”, isto é, em vias de se fazer, ainda em processo de estabilização, tal como recomenda Bruno Latour em suas análises sociológicas sobre a inovação científica (LATOUR, 1998). Além disso, o termo “remediação cognitiva” gerava curiosidade. O que isto seria? O que de fato isto significaria? Qual a sua finalidade prática no caso da esquizofrenia e qual a especificidade com relação às abordagens terapêuticas ditas tradicionais, como a farmacoterapia, as psicoterapias, as abordagens sistêmicas e os métodos afins? Estava-se, portanto, diante de um campo inexplorado interessante. Em primeiro lugar, a remediação cognitiva poderia ser um bom exemplo de como os modelos oriundos das neurociências cognitivas não se restringiriam apenas a um plano meramente conceitual, mas podiam transformar o cérebro em uma categoria prática e, por extensão, mudar o cotidiano de grupos sociais específicos. Em seguida, o fato de observar estas práticas em uma unidade de pesquisas ressaltaria justamente o laço que une os modelos conceituais propostos por estas disciplinas e a maneira como eles são colocados em ação. Tudo isto dentro de um contexto epistemológico marcado por conflitos, uma vez que se distanciava das metáforas para a patologia mental (e a psicose, em particular) propostas por disciplinas ainda bastante influentes naquele território, como é o caso da psicanálise francesa. O que estaria, então, em jogo nesta

nova forma de falar e agir sobre pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia? Como tudo isto se articularia racionalmente? E em que contexto social e institucional?

Foi, portanto, desta forma, um pouco em função de minhas decisões, um pouco em função de uma sucessão de acasos, que se chegou a este tema, ao local do seu desenvolvimento, e à metodologia adotada. O que se segue é o relato da experiência de um estrangeiro, em uma terra estranha, observando práticas rituais “exóticas”, derivadas de métodos, discursos, teorias e saberes que contém em si algo da mentalidade daquele grupo.

Uma cena:

Meados de Março de 2009. Chego por volta de 11h00 à unidade de pesquisa que freqüento para assistir na posição de antropólogo observador à primeira sessão de remediação cognitiva de uma paciente de 33 anos, diagnosticada como esquizofrênica há aproximadamente dez anos. Trata-se de uma sessão de “psicoeducação” que antecederia a remediação cognitiva propriamente dita, cuja finalidade é informar o paciente sobre as características de sua patologia, para que este possa aceitá-la, compreendê-la e lidar com ela de um modo adequado. Sou recebido pela neuropsicóloga que a acompanharia ao longo de quatorze semanas, no âmbito de uma pesquisa clínica. Enquanto a esperamos, a neuropsicóloga me informa que se trata de uma pessoa bastante desorganizada, inativa e dependente dos cuidados dos seus familiares. A remediação cognitiva poderia ser um recurso importante no restabelecimento da organização de suas ações, capaz de levá-la (assim era esperado) a uma vida menos dependente e, conseqüentemente, mais autônoma. Após alguns minutos de conversa, a paciente adentra a sala de consulta. A psicóloga se dirige a ela:

- Bom dia, Mademoiselle² Cacoub Você leu a brochura que lhe demos na última semana, contendo informações acerca do programa que você vai realizar conosco daqui em diante?

Sim, eu li.

- E você tem alguma questão com relação a isto?

² Optou-se por não traduzir o pronome de tratamento francês Mademoiselle pelo pronome Senhorita, por dois motivos: primeiro, por uma razão estilística, para transmitir proximidade com o campo social no qual as observações estão inseridas. Em segundo lugar, para evitar um certo artificialismo na tradução, já que no Brasil o pronome “Senhorita” caiu em desuso na linguagem corrente. Optou-se também ao longo do texto por traduzir o pronome pessoal francês “vous”, utilizado entre pacientes e profissionais como sinal de respeito, polidez e distância, por “você”, com vistas a tornar a tradução mais fluida e natural para o leitor brasileiro.

Não. Mas o problema é que a COTOREP³ termina em Novembro de 2009.

- Sim, mas por que isto é um problema? Você pode renová-la!
Isto quer dizer que nesta data [em Novembro] eu estarei curada?

- O que você acha?

Eu não sei se estou verdadeiramente doente. Os outros me dizem [que sim], mas eu não sei se estou.

- Mas o que você pensa, se considerarmos o conteúdo da brochura informativa que lhe foi dada na última vez?

Que eu sou doente porque escuto vozes memorizadas. Mas, em contrapartida, no hospital psiquiátrico, eu participei de ensaios clínicos, tomei medicamentos que possuem efeitos terapêuticos... Por isto, eu me pergunto se já não estaria curada.

- Quanto a mim, o que posso lhe dizer, em relação com o resultado dos testes que você fez com a Dra. Élodie Desplat, é que você tem dificuldades de memória, de atenção, de concentração...

Eu sempre tive problemas de memória. Eu era muito jovem quando comecei a ir para a escola e nunca fui muito boa aluna.

- Você tinha dificuldades para aprender textos, por exemplo?

Sim, a TV me interessava mais que os textos [risos].

- É bom poder ver TV, mas aqui a gente vai se concentrar em outras habilidades nas próximas 14 semanas que estaremos juntas. Os testes que a você fez com a Dra. Desplat colocaram em evidência as suas dificuldades de memorização, de atenção e de raciocínio; e a remediação cognitiva que faremos juntas terá como objetivo te ajudar a melhor memorizar informações, a focalizar a sua atenção, para que você aprenda melhor, para que você seja mais organizada e menos distraída.

A esquizofrenia como “categoria-esponja”

Ao longo de sua história, a esquizofrenia, como categoria médica, foi representada de várias formas diferentes. Por exemplo, segundo Emil Kraepelin⁴, a

³ A COTOREP é um acrônimo para *Commission Technique d’Orientation et de Reclassement Professionnel*. Atualmente, esta comissão está integrada à *Maison Départementale des Personnes Handicapés*, órgão público responsável na França por prestações diversas, incluindo a distribuição de ajuda financeira para adultos considerados como portadores de algum tipo de deficiência, ou desvantagem, (ou *handicap*, como preferem os franceses, tomando de empréstimo o vocábulo inglês homônimo). Por esta razão, o termo COTOREP é utilizado correntemente pelos pacientes psiquiátricos para denominar a pensão que eles recebem mensalmente (de aproximadamente 600 euros), em função de seu diagnóstico de portadores de uma “desvantagem psíquica” [*handicap psychique*].

⁴ No fim do século XIX, Kraepelin engendrou o termo *dementia praecox* para nomear o conjunto de sintomas que mais tarde, em 1906, seria rebatizado com o nome de esquizofrenia pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler.

dementia praecox era uma patologia hereditária, incurável e de evolução progressiva, marcada por uma “perda da unidade interna” que concernia as atividades do intelecto, da emoção e da volição. Para Freud, sobretudo em seu texto canônico sobre o narcisismo, a psicose era sinônimo de uma retirada do investimento libidinal voltado para os objetos e o seu retorno sobre o eu. Esta *regressão narcísica* levaria a uma importante “perda de realidade” e à perturbação de certas funções do *eu*. Nos anos 1930, o psiquiatra de orientação fenomenológica Eugène Minkowski definiu esta categoria como uma “perturbação da estrutura íntima do eu”, e os sintomas psicóticos como fenômenos secundários a esta perturbação primária. Mais tarde, o psicanalista Jacques Lacan pensou a *estrutura psicótica* como o efeito de um “acidente” no modo como os sujeitos se inserem na ordem simbólica da linguagem, gerada por uma falha da “função paterna”, fenômeno nomeado pelo autor de “forclusão do nome do pai”. Nos anos 1950 e 1960, certas correntes da psiquiatria psicodinâmica concebiam a esquizofrenia como uma desordem da personalidade derivada de uma reação patológica a um ambiente prejudicial, sobretudo no que concerne à relação mãe-filho⁵. Para um partidário da antipsiquiatria, como Thomas Szasz, a esquizofrenia era um mito, cuja criação tinha por função oculta a preservação de uma norma social dominante e o controle de toda diferença humana considerada como intolerável. Alguns representantes importantes da corrente sociológica do *construtivismo social*, como Mary Boyle (1990), compararam a categoria de esquizofrenia a um “delírio” construído por cientistas, cujo estatuto de “realidade” poderia ser desconstruído a partir de análises sociais, epistemológicas, lingüísticas, culturais, históricas. Os defensores da psiquiatria organicista, por sua vez, sempre tentaram encontrar os marcadores e os mecanismos biológicos subjacentes aos signos e aos sintomas existentes nesta categoria clínica, de modo a legitimá-la de uma vez por todas e colocar fim ao reino das controvérsias que a cercam. Afora estes exemplos, desde o final do século XIX, dezenas de outras teorias foram criadas na literatura psiquiátrica e antipsiquiátrica com vistas a dar conta desta entidade mórbida misteriosa que Kraepelin apelidou de “escuridão impenetrável”⁶.

⁵ Entre estes modelos explicativos, a teoria da “mãe esquizofrenogênica” de Theodor Lidz se tornou o mais célebre, juntamente com a teoria do “duplo vínculo” [*double bind*] de Gregory Bateson, segundo à qual a esquizofrenia seria causada pela emissão repetida de mensagens contraditórias e conflitantes a crianças por seus familiares próximos.

⁶ Sahakian (1986, pp. 110-125), por exemplo, cita mais de 20 teorias diferentes para a explicação dos fenômenos agrupados e nomeados pela categoria de esquizofrenia. Para um quadro histórico geral das principais teorias que visaram explicar a esquizofrenia, ver: GARRABÉ, J. 1992.

O psiquiatra e antropólogo Robert Barrett sintetizou bem a pluralidade de descrições que sempre permeou esta categoria médica, ao afirmar que “a esquizofrenia é como uma esponja que absorve novas significações com a passagem do tempo” (BARRETT, 1998, p. 231). Cada nova descrição que lhe era atribuída se acompanhava de técnicas de cuidado específicos, que constituíam respostas médicas e para-médicas aos problemas colocados pelos tipos humanos identificados a esta entidade nosográfica. Mas que tipo de descrição para a esquizofrenia estaria em jogo, quando se observa o diálogo travado entre esta psicóloga e sua paciente, que abre a introdução desta tese? E que tipo de prática terapêutica derivaria desta maneira de se representar o problema da esquizofrenia? Em que contexto os déficits neurocognitivos podem emergir como uma dimensão relevante para esta categoria? Como tudo isto é produzido e negociado ativamente em um ambiente que conjuga a dupla missão de validar teorias sobre a esquizofrenia e tratar de pacientes com este diagnóstico?

A esquizofrenia na era da “segunda psiquiatria biológica”

A multiplicidade de definições, explicações etiológicas e respostas terapêuticas ao problema da esquizofrenia talvez se deva à posição difícil, instável e complexa que define historicamente a psiquiatria, como disciplina que se situa entre o biológico e o social, o objetivo e o subjetivo, o factual e o moral, o individual e o coletivo, sem nunca conseguir se desvincular inteiramente de um destes extremos, ou destas “duas mentes”, como definiu a antropóloga americana Tanya Luhrmann (2000). Pela complexidade mesma do seu objeto de estudo, e pela forma como construiu os seus problemas, a medicina mental se viu envolta historicamente em modelos transitórios, que nunca chegaram a uma estabilização suficiente para por fim às controvérsias e disputas ferrenhas inerentes ao campo. Mais do que formar “continentes de conhecimento”, o que se viu até o presente foi a fundação sucessiva de “arquipélagos de saber” que se distanciaram e se aproximaram mais ou menos uns dos outros em função de interesses comuns⁷. Assim, a exemplo de outras categorias psiquiátricas, a história da categoria de esquizofrenia não deve ser contada como a substituição progressiva, linear e teleológica de um modelo por outro, mas como o

⁷ Para uma história da psiquiatria e da transformação das categorias psiquiátricas, ver: BERRIOS, G. (1996); SHORTER, E. (1997); QUETEL, C. (1991); GROB, G. (2009).

desenvolvimento contínuo de programas de pesquisa em paralelo (BERRIOS; LUQUE; VILLAGRÁN, 2003). Mesmo assim, é possível identificar correntes hegemônicas, que, de tempos em tempos, mobilizam a maior parte dos esforços intelectuais e financeiros de uma determinada geração.

A partir da década de 1980, a medicina mental entrou nitidamente em uma nova fase da sua história, que o historiador britânico Edward Shorter chamou de era da “segunda psiquiatria biológica”⁸. A publicação pela APA (American Psychiatric Association) do DSM-III, em 1980, é considerada como o marco simbólico mais expressivo desta mudança de paradigma, pois, segundo os seus defensores, a adoção deste manual seria o passo inicial para se estabelecer uma linguagem unívoca e universal na medicina mental, independente de sistemas locais de compreensão e explicação, que seriam supostamente os responsáveis pela fragmentação do campo psiquiátrico. Nesta perspectiva, isto seria a condição para o avanço do conhecimento científico acerca das patologias mentais, uma vez que apenas com a unificação dos critérios diagnósticos e com o afastamento de modelos etiológicos especulativos, poder-se-ia acumular dados empíricos fiáveis, realizar estudos multicêntricos e, assim, compreender os mecanismos em jogo nos fenômenos psíquicos mórbidos, a fim de tratá-los de um modo adequado⁹. Acompanhando a fundação de um novo “jardim das espécies patológicas” promovida pelo DSM-III¹⁰, os anos 1980 foram

⁸ Segundo Shorter, a era da “primeira psiquiatria biológica” equivale àquela que antecede a influência das teorias psicodinâmicas sobre a medicina mental. O argumento principal de Shorter é que a psiquiatria sempre tendeu a ser biológica e que a influência da psicanálise é que seria uma anomalia, ou um “hiato”, como ele diz, na história desta disciplina (SHORTER, 1997).

⁹ No modelo descritivo proposto pelo DSM III e pelos seus sucessores, o diagnóstico da esquizofrenia se daria com base na apresentação de sinais e sintomas específicos, sem qualquer referência a teorias, ou hipóteses etiológicas. De acordo com o DSM IV-TR, que, juntamente com o CID 10, constitui o manual de psiquiatria mais influente da atualidade, o diagnóstico de esquizofrenia requer a presença durante o período de um mês de pelo menos dois dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento bizarro ou catatônico, e sintomas negativos (e.g. embotamento afetivo, mutismo, anedonia, apragmatismo, retraimento social, etc.). Apenas um sintoma é suficiente para o seu diagnóstico, caso este sintoma consista em delírios bizarros, alucinações de vozes comentando o pensamento e o comportamento do sujeito, ou alucinações de uma ou mais vozes conversando entre si. Além desta caracterização sintomática, o DSM IV-TR requer ainda que o sujeito tenha sofrido uma deterioração social e ocupacional durante o período de pelo menos seis meses e que sejam excluídos a possibilidade do diagnóstico de uma perturbação do humor com feições psicóticas, como o transtorno esquizoafetivo, o abuso de substâncias psicotrópicas, ou outras condições médicas gerais. (DSM-IV-TR, *American Psychiatric Association*, 1994)

¹⁰ O DSM-III expandiu enormemente a quantidade de categorias psiquiátricas existentes. Toda uma gama inédita de transtornos foram criados, como o transtorno do estresse pós-traumático, o transtorno do pânico, o transtorno de ansiedade generalizada, a fobia social, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, e assim por diante. Para alguns, como Peter Conrad (2007) e Peter Conrad e Joseph Schneider (1980), a multiplicação de categorias promovida pelo DSM-III (e aumentada pelo DSM-IV) representaria um movimento de medicalização da sociedade, isto é, de expansão do escopo da psiquiatria para questões que antes não se considerava como pertencendo à alçada do saber médico. Já outros, como Horwitz (2002) e Horwitz e Mayes (2005), sustentam que o DSM-III apenas se re-apropriou de uma demanda por cuidados psiquiátricos que já existia no período anterior, e que havia sido produzida pela psiquiatria psicodinâmica, uma vez que esta foi responsável pela inclusão na esfera da medicina mental de problemas quotidianos tão diversos como as angústias na profissão, os relacionamentos em crise, a baixa auto-estima, o medo de figuras de autoridade, etc. Nesta perspectiva, a grande novidade trazida pelo

cruciais para a intensificação e a popularização de pesquisas acerca da fisiopatologia das perturbações mentais, sobretudo através do apoio sobre a biologia molecular e do avanço das neurociências¹¹. A esquizofrenia, juntamente com o autismo, talvez tenha sido a categoria psiquiátrica a sofrer o maior impacto desta virada que sobreveio com os anos 1980 e se intensificou a partir dos anos 1990, no que concerne a explicação da sua etiologia e dos mecanismos fisiopatológicos implicados em sua produção.

A esquizofrenia como encarnação da noção de sujeito cerebral

“O cérebro forma a essência do que nos define como seres humanos. Compreender a sua estrutura e o seu funcionamento equivale a compreender a nós mesmos”¹². As palavras aqui transcritas são da psiquiatra e pesquisadora Nancy Andreasen, ex-editora-chefe do *The American Journal of Psychiatry*, e uma das mais influentes especialistas em esquizofrenia nas últimas décadas. Esta frase condensa um imaginário coletivo que se tornou extremamente popular a partir da década de 1980 nos Estados Unidos, e a partir da década de 1990, no resto do mundo: a de que a compreensão da condição humana deve passar necessariamente pela compreensão da estrutura e do funcionamento cerebral. Apesar de ser uma consequência do desenvolvimento incrível que as pesquisas em neurociências conheceram nas últimas décadas – em grande parte, graças à elaboração de novas metodologias de pesquisa, como os *scanners* cerebrais –, a frase de Andreasen expressa também um *a priori* ontológico, que se situa para além, ou aquém, da acumulação de dados empíricos produzidos pelo avanço tecnológico recente. Este *a priori* supõe que, uma vez explicado o cérebro por inteiro, teríamos a compreensão última de temas complexos como a sociabilidade humana, as emoções, os sentimentos morais, as ações individuais e, por extensão, dos mecanismos responsáveis pela produção das patologias mentais.

DSM-III teria sido a subdivisão e a categorização de condições sociais e individuais, que antes eram tratadas com apoio em uma teoria dimensional do sofrimento psíquico.

¹¹ Como nos sugerem alguns autores, como Young (1995) e Kirk e Kutchins (2008), apesar do seu prolapado “ateorismo”, os DSMs III e IV tem como projeto implícito a organização do campo psiquiátrico para facilitar o avanço das pesquisas sobre as bases genéticas e neurobiológicas das categorias ali estabelecidas. Neste sentido, mesmo sem o dizer explicitamente, o modelo de pesquisa defendido por estes manuais favoreceria uma tomada de posição em prol do estabelecimento de etiologias biológicas para as perturbações mentais, relegando as teorias psicogênicas e psicossociais para um plano secundário, ou pré-científico.

¹² ANDREASEN, N. “Exploring the Mind and Brain in Health and Disease”. Disponível em: <<http://www.schizophrenia.com/research/andreasen.htm>>. Acesso em out. 2010.

O sucesso deste tipo de idéia nas sociedades ocidentais avançadas atraiu a atenção de pesquisadores em ciências sociais, preocupados com as suas origens e, sobretudo, com as suas conseqüências sociais. Apesar da pluralidade de abordagens deste novo campo de estudos em formação, uma noção tornou-se central: a de que o desenvolvimento espetacular das neurociências estaria fazendo emergir na cultura um “sujeito cerebral”, isto é, uma representação coletiva, segundo a qual os indivíduos tenderiam a interpretar as próprias ações e sentimentos, bem como a de seus semelhantes, em função de determinadas características cerebrais¹³. Embora seja ainda difícil avaliar a consistência e a intensidade desta metáfora, ou figura antropológica, estima-se que o novo “sujeito cerebral” estaria em vias de substituir (ou de se acrescentar a) o antigo “sujeito psicológico”, consolidado no Ocidente a partir da segunda metade do século XIX. Compreender sentimentos de tristeza e de vazio interior como falta de serotonina, por exemplo, teria passado a fazer parte do cotidiano das sociedades avançadas, com a mesma intensidade que as noções de resistência, repressão e fantasia serviram à cultura popular do século XX para explicar condutas e sentimentos humanos complexos. Neste sentido, novos “jogos de linguagem” estariam sendo criados, reproduzidos e negociados na atualidade, tendo o cérebro como objeto privilegiado da atenção não só de especialistas, como da população leiga.

Dentre as patologias mentais, a esquizofrenia talvez seja a que melhor tenha encarnado a figura do sujeito cerebral. A representação científica mais prevalente na atualidade para esta categoria é a que a considera como um transtorno neurodesenvolvimental, que engendraria problemas no processamento de informações advindas do mundo externo e, conseqüentemente, todo o espectro de problemas que se reconhece como fazendo parte desta categoria¹⁴. Se essa tendência ao

¹³ Para uma introdução ao tema do sujeito cerebral, ver Vidal (2005a; 2005b) e Ehrenberg (2004b). Para um estudo sociológico crítico das “neurociências sociais”, ver Ehrenberg (2008). Para uma abordagem sociológica da popularização das tecnologias de neuro-imageamento nos Estados Unidos e suas conseqüências sócio-antropológicas, ver Dumit (2004). Para uma discussão filosófica recente da adoção da posição naturalista na medicina mental, ver Pierre-Henri Castel (2009). Para uma análise de questões éticas relacionadas ao desenvolvimento atual das neurociências, ver: Racine e Illes, (2006). Para uma etnografia das neurociências em ação, ver Moutaud (2009) e Beaulieu (2002; 2004).

¹⁴ Refiro-me aqui a uma tendência, ou um “tipo ideal” que, evidentemente, deve ser nuançado quando atualizado em situações individuais. Entre o “todo cerebral”, o “todo psicológico” e o “todo social”, existem matizes, ecumenismos e posições deflacionadas. Entretanto, convido o leitor a consultar o conteúdo das últimas décadas de periódicos especializados importantes, como o *Schizophrenia Bulletin*, ou o *Schizophrenia Research*, para que tire as suas próprias conclusões. Chung, Fulford e Graham (2007, p. 4) apelidaram esta tendência de “preferencialismo neuronal” [*neural preferentialism*], isto é, a visão de que os processos neurobiológicos são as causas mais próximas e imediatas para esquizofrenia e que, portanto, devem ter uma um privilégio epistêmico na nossa compreensão deste fenômeno psicopatológico, em detrimento de outras abordagens não centradas sobre o estudo e explicação destes processos.

“preferencialismo neuronal” é facilmente constatada, a forma como esta naturalização se opera, as questões que ela mobiliza, as suas finalidades práticas, o seu contexto institucional e as suas conseqüências antropológicas no modo de os sujeitos se auto-descreverem ainda estão longe de ser claros. Seria, assim, tão evidente conceber a categoria de esquizofrenia como um problema cerebral? Ou este tipo de concepção deveria ser ativamente produzida e negociada, quando se está observando a vida social de uma equipe de pesquisa dedicada a este tema? Se, como definiu classicamente a filósofa Elizabeth Anscombe (2000), toda ação humana só é possível mediante descrições, como a geração de novas descrições para a esquizofrenia poderia reorientar a ação de especialistas no seu tratamento, bem como modificar o comportamento de pacientes? Dito de outra forma, que conseqüências práticas poderiam existir ao se conceber a esquizofrenia como uma patologia neurodesenvolvimental, que produziria problemas no processamento de informações vindas do mundo externo e, conseqüentemente, dificuldades de inserção social dos portadores deste diagnóstico?

Esquizofrenia, déficits neurocognitivos e a sua remediação.

Este trabalho toca estas questões a partir de um estudo de caso, fruto de entrevistas e observações participantes oriundas do período em que se freqüentou na posição de antropólogo uma unidade de pesquisas francesa especializada no estudo da esquizofrenia. Entre as atividades desenvolvidas pelas equipes que compunham esta unidade, interessou-se por uma pesquisa clínica que visava a validação de uma prática de tratamento inovadora para a esquizofrenia, concebida a partir da unificação de dados extraídos da pesquisa fundamental em neurociências, chamada de “remediação cognitiva”.

Optou-se por acompanhar esta pesquisa por duas razões: em primeiro lugar, isto seria uma forma de observar não apenas aquilo que as neurociências cognitivas dizem, mas sobretudo aquilo que elas fazem com as suas teorias e hipóteses. Em segundo lugar, porque o acompanhamento de um protocolo de pesquisa, comprometido com os ideais de uma psiquiatria baseada em evidências, poderia tornar visível as tensões e dificuldades deste campo, que oscila entre o que Tanya

Luhrmann chamou de “duas mentes”: uma, ligada à busca de universalidade e de independência lógica, própria das entidades naturais; outra, ligada à singularidade e à extrema dependência de contextos locais, que caracteriza a interpretação de uma ação humana, e a atividade clínica, de um modo geral. Acompanhar esta pesquisa era, portanto, uma oportunidade para ver em ação a forma como a medicina mental tenta naturalizar as categorias que cria e, ao mesmo tempo, as dificuldades e controvérsias emergentes desta tentativa de naturalização.

A criação e a aplicação de técnicas de remediação cognitiva à esquizofrenia é uma consequência de novas descrições recentes para esta categoria clínica, segundo as quais o seu núcleo central seria composto, não pelos clássicos sintomas positivos (delírios, alucinações, comportamentos bizarros, etc.) e negativos (embotamento afetivo, isolamento social, apatia, etc.), mas por déficits cognitivos que tocariam funções neuropsicológicas como a atenção, a memória e as funções executivas¹⁵. Estes déficits seriam a principal causa do disfuncionamento social [*social impairment*] que geralmente acompanha as pessoas que carregam este diagnóstico¹⁶. Uma vez que os medicamentos neurolépticos e as terapias disponíveis não agem sobre esta dimensão deficitária recentemente colocada em evidência, técnicas de remediação cognitiva (também chamadas de técnicas de reabilitação cognitiva) inspiradas em programas de reabilitação da clínica neurológica, foram elaboradas nos últimos quinze anos para justamente dar conta disto que é tido como um dos principais obstáculos à inserção destes sujeitos no circuito da vida social ordinária¹⁷. Mas por que os déficits cognitivos passaram a ser pensados como estando no cerne desta entidade nosográfica? Em que contexto se faz necessário o desenvolvimento de programas de remediação cognitiva aplicados à esquizofrenia? Que razões sustentadas por um grupo de pesquisa justificariam estas práticas e descrições?

No final de 2008, um protocolo de pesquisa foi lançado na França, tendo por objetivo a validação científica de uma destas técnicas. Desenvolvida por uma equipe suíça de Lausanne, ela incorpora programas de computador voltados para o treinamento cognitivo e exercícios em domicílio. A aposta era a de que um treinamento regular e contínuo de funções como a memória, a atenção, a planificação

¹⁵ Ver, por exemplo: GREEN, M. 2000; GREEN, NUECHTERLEIN, 1999; O'CARROL, 2000.

¹⁶ Dois artigos, freqüentemente citados na literatura médica que associa os déficits cognitivos à esquizofrenia, sustentam esta posição: Green 1996 e, mais recentemente, Green, R.S. Kern e R.K. Heaton, 2004.

¹⁷ Destinadas inicialmente ao tratamento de pacientes com lesão cerebral, à partir dos anos 1990 estas técnicas começaram a ser empregadas no tratamento de certos transtornos psiquiátricos, sobretudo o TDAH, o transtorno bipolar e a esquizofrenia.

e a execução de ações, poderia otimizar a sua performance e, assim, diminuir as dificuldades encontradas pelos sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos na sua vida quotidiana.

Na escolha desta pesquisa francesa como objeto de investigação, manteve-se a intenção de fornecer uma “descrição densa”¹⁸ dos fatos observados, isto é, uma descrição contextualizada que se diferenciava de dois pontos de vista comuns quando se entra neste campo: o primeiro sustenta que estas representações médicas e as práticas que delas derivam são o resultado imediato de uma descrição mais acurada e mais próxima de uma realidade que antes se encontrava escondida por nossa ignorância e pela falta de dados empíricos suficientes. As origens metafísicas desta posição impendem que vejamos o caráter agonístico implicado na produção de qualquer fato científico, mais ainda se levarmos em conta a complexidade que envolve o campo da medicina mental. O segundo concebe estas práticas e representações como formas veladas de manter uma ordem normativa e controlar os sujeitos desviantes pelo uso ilegítimo de termos médicos. O caráter “paranóico” desta tese geral impede que se observe a margem de ação e a constante negociação destas práticas e representações pelos atores sociais (tanto pacientes, como profissionais), o que freqüentemente simplifica uma descrição que deveria ser “densa”.

A perspectiva escolhida neste trabalho concebe estas representações médicas e técnicas terapêuticas de um ponto de vista pragmático, isto é, como a produção de um arsenal de jogos de linguagem e práticas de cuidado gerados por um determinado grupo social para lidar com os problemas colocados por tudo àquilo que envolve a categoria de esquizofrenia. Sendo o grupo social observado uma equipe de pesquisa, entre estes problemas se encontra a estabilização de uma determinada representação médica para esta a categoria. Como se procurou mostrar, esta estabilização não era alcançada de uma forma linear, mas deveria ser produzida ativamente, colocando-se como o resultado final de uma longa cadeia, ou rede, que envolveria múltiplos fatores, como: a obediência a exigências institucionais, a aquisição de subvenções, a adoção de estratégias metodológicas de ordenação de realidades complexas, a criação de redes de trabalho, o equilíbrio de interesses, o compromisso com um determinado estilo de pensamento, etc. Ao mesmo tempo, por se tratar de uma prática terapêutica

¹⁸ A noção de “descrição densa” é sugerida por Clifford Geertz (1973, p. 3-30) como a tarefa sócio-antropológica por excelência, que tenta dar conta de um fato social pela descrição do seu contexto, e das relações complexas que ele estabelece com tudo àquilo que o cerca.

inovadora, os métodos de remediação cognitiva têm que ser justificados como uma solução válida para lidar com as questões colocadas pelos sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos na atualidade, contexto marcado fundamentalmente pelas dificuldades de inserção desta população no circuito da vida quotidiana, como trabalhar, construir laços sociais e ter uma vida autônoma. Como tudo isto se articulava em um protocolo de pesquisas para a validação de um novo método remediação cognitiva? Em função de que interesses e necessidades práticas? Eis algumas das questões gerais perseguidas neste trabalho.

Da definição dos objetivos e a estrutura da tese

A partir de visitas sucessivas a uma das unidades de pesquisa responsáveis por esta tentativa de validação em curso, obteve-se a autorização para acompanhar como observador participante as atividades que ali eram desenvolvidas. Tomando esta pesquisa para a validação de uma técnica de remediação cognitiva aplicada à esquizofrenia como ponto de partida, estabeleceu-se como objetivos:

- A descrição do contexto científico e institucional em que esta pesquisa se realizava: como esta unidade de pesquisa se organizava, no que concerne a sua política científica, sua rede de colaboradores nacionais e estrangeiros, suas fontes de financiamento e suas regras administrativas? Quais outras pesquisas eram ali desenvolvidas e quais relações existiam entre elas e a pesquisa sobre a remediação cognitiva?
- A descrição da racionalidade implicada na pesquisa para a validação desta técnica: qual a importância da validação científica de um método deste tipo? Como o protocolo de pesquisa foi concebido? O que era considerado como uma prova neste tipo de pesquisa? Como estas provas se articulavam às teorias e aos modelos sobre a neuropsicologia da esquizofrenia? Como se organizava a realidade de modo a produzir determinados enunciados considerados como válidos?
- A descrição desta técnica em ação, como prática clínica: o que significava, na prática, remediar as funções cognitivas de alguém? Que modelos de mente estariam por trás destas práticas? Como se dava a interação deste arsenal de práticas e discursos com os pacientes? Que mutação antropológica na forma de se

conceber como um portador de esquizofrenia poderia existir no encontro com estras práticas? Em que contexto os déficits cognitivos se faziam presentes como uma categoria prática a se remediar?

Se na atualidade o tema do impacto das neurociências e das ciências cognitivas sobre o modo de compreender os seres humanos e de explicar as suas experiências e condutas suscita cada vez mais o interesse de pesquisadores em ciências humanas e sociais, poucos trabalhos se consagram à investigação empírica do modo de produção destas pesquisas e teorias. Ao descrever estes aspectos de uma pesquisa clínica em psiquiatria, guiada por modelos e teorias cognitivistas, espera-se contribuir para a compreensão de algumas condições de possibilidade científicas, institucionais e culturais deste tipo de método de cuidado. Porque estas práticas, assim como os modelos que as inspiram, não podem ser isolados do contexto complexo em que são configurados. A observação *in situ* é um instrumento privilegiado para compreender as questões colocadas pelos pesquisadores, os instrumentos que eles mobilizam para conseguir respondê-las, os problemas aos quais eles são confrontados neste percurso e algumas conseqüências práticas da aplicação terapêutica de teorias criadas no âmago das neurociências cognitivas.

No que concerne a arquitetura da tese, foram redigidas três partes interdependentes. Na primeira parte, foi exposto o contexto institucional em que esta pesquisa se desenvolveu. Isto era uma forma de tornar claras as regras implicadas na produção de um fato científico deste tipo e situar esta unidade de pesquisas na paisagem da produção de conhecimentos e práticas no campo psiquiátrico francês contemporâneo. Procurou-se mostrar como, neste contexto, o estabelecimento de fatos e enunciados estabilizados era o produto final de uma negociação permanente em que o desejo de produzir conhecimento de ponta se unia à necessidade de construir alianças, obter financiamentos, publicar artigos em revistas bem classificadas, expandir suas atividades de pesquisa, obter reconhecimento local, etc. A defesa de uma determinada concepção da esquizofrenia não se daria espontaneamente, mas seria o produto final da rede de interesses a serem satisfeitos dentro de uma certa *cultura epistêmica*.

Na segunda parte da tese, se procurou mostrar como o protocolo de pesquisa acompanhado se insere na história dos ensaios clínicos controlados. A intenção principal desta parte foi descrever como uma *rede sociotécnica* teve que ser articulada

para permitir a validação de um método de remediação cognitiva, e como estratégias metodológicas tiveram que ser adotadas para se produzir resultados afinados com um determinado estilo de pensamento em voga na psiquiatria baseada em evidências. Estas estratégias deveriam tentar contornar as vicissitudes da posição anômala ocupada pela psiquiatria no seio do restante das disciplinas médicas.

A terceira parte da tese se concentrou sobretudo sobre as práticas em jogo neste protocolo de pesquisa, e o cotidiano daquele grupo. Como avaliar uma mente disfuncional? Como remediar uma mente disfuncional? Como os enunciados e a retórica da validação científica se confrontava com a prática quotidiana destes métodos? Em que medida estes discursos e práticas interagiriam com os pacientes, de modo a propor uma nova forma de ser um portador de esquizofrenia? Em que contexto esta nova forma de se descrever a esquizofrenia faria sentido?

Notas metodológicas

O material empírico foi recolhido durante os 18 meses que se frequentou a unidade INSERM de Sainte Anne. Ao longo deste período, o trabalho de campo foi marcado por duas fases: inicialmente, realizou-se entrevistas exploratórias com os coordenadores das diversas equipes de pesquisa que compunham esta unidade. Neste período, foi possível ter uma idéia do conjunto das atividades de pesquisa ali desenvolvidas e dos modelos teóricos integrativos que faziam daquelas equipes dispersas uma “unidade”. O segundo momento do trabalho de campo foi marcado pela escolha em seguir de maneira aprofundada uma equipe de pesquisa em particular. Neste momento, tomou-se a decisão de acompanhar o protocolo para a validação de um novo programa de remediação cognitiva. Isto porque estas técnicas não se limitavam ao que as neurociências cognitivas diziam, mas às suas conseqüências práticas no tratamento de uma categoria psiquiátrica específica. Durante este período, que durou aproximadamente 12 meses, participou-se do cotidiano desta equipe, conversando regularmente com seus coordenadores, psicólogos, enfermeiros e pacientes. 21 entrevistas semi-estruturadas, com duração média de 1 hora, foram realizadas com 16 dos pacientes incluídos no protocolo. 4 pacientes foram acompanhados regularmente, ao longo de boa parte do seu percurso na pesquisa, inclusive durante as sessões de remediação cognitiva. Além disto, se teve acesso livre às reuniões de equipe. Além de entrevistas formais com pacientes e profissionais,

utilizou-se o recurso das conversas informais, que muitas vezes, pela descontração da situação, propiciavam a extração de dados diferentes daqueles que se obteria em um âmbito formal. Um levantamento da bibliografia primária relacionando déficits cognitivos, esquizofrenia e remediação cognitiva completou a coleta de material empírico desta tese.

Todo trabalho de campo, de cunho etnográfico, é baseado em um encontro de idéias, afetos, percepções e valores humanos. O relato que resulta deste encontro é sempre encarnado, ou balizado por uma perspectiva particular. Para ser honesto com o próprio fundamento do método antropológico, é necessário se admitir que a perspectiva do observador não deve ser encarada como um “ponto de vista de lugar nenhum”, para se utilizar o oximoro de Thomas Nagel. Contrariamente, como sublinha Louis Dumont (1983, p. 13), “o *observador* é uma parte obrigatória da observação” (grifo do autor), algo que se torna intrínseco ao próprio objeto. Digo isto, pois, neste trabalho, a posição do observador em questão foi especialmente importante na coleção, na organização, e na interpretação final dos dados. Isto por razões que envolvem a história do ambiente onde este observador foi socialmente formado, e as redes de interlocução que favoreceram a constituição de um certo olhar. Em primeiro lugar, é preciso dizer que este observador não possuía um treinamento prévio em métodos de pesquisa etnográfica, mesmo que tivesse uma familiaridade com a leitura de livros e artigos científicos ligados a este tema. Em segundo lugar, é necessário dizer que este observador havia sido formado justamente no interior do campo de discursos e práticas que, neste trabalho, é tomado como objeto de estudo, a saber, o campo da pesquisa e da clínica dos fenômenos mentais mórbidos. Dito de uma forma mais simples, ele era psicólogo clínico de formação. Desta forma, antes do seu interesse pelo método antropológico, estava o seu interesse por um objeto de estudo: o que se chama de patologia mental e as suas formas de tratá-la. Portanto, neste devir antropólogo do psicólogo clínico, mudou-se o método e o enfoque, mas não o objeto.

Isto por si só já deveria ser levado em conta na avaliação do teor dos dados recolhidos e das interpretações avançadas. Entretanto, existe ainda um complicador a mais na posição ocupada por este observador. Ele se deve ao fato de o universo da pesquisa e da clínica dos fenômenos mentais mórbidos ser historicamente caracterizado como um campo de batalha, marcado por antagonismos e posições ideológicas divergentes, freqüentemente carregados de afeto e acusações recíprocas. O ambiente em que o tal observador foi formado (faculdade de psicologia da URFJ,

de 1999 a 2004), era especialmente propício a este tipo de polarização, como se a identidade do “nós” só pudesse se produzir por oposição a “eles”. E, no caso do observador em questão, o “nós” era composto por uma concepção de clínica e de pesquisa que valorizava o que nas perturbações mentais havia de singular, de pessoal, de contextual, de subjetivo, contra o “eles”, que se interessavam pelos aspectos universais, impessoais, a-significantes, objetivos, destes mesmos fenômenos. Sendo mais claro ainda, o “nós” era composto pelo campo intelectual afinado com a psicanálise, a psicologia social e a filosofia política (sobretudo o legado de Foucault), ao passo que o “eles” era formado pelas terapias cognitivo-comportamentais, pelos testes psicométricos e pela corrente reducionista das neurociências cognitivas. Se o grupo do “nós” considerava o “eles” como politicamente conservadores e intelectualmente limitados, “eles” viam o “nós” como radicais, ingênuos, além de cientificamente inconsistentes. Colocado assim o problema, havia muito pouca abertura para o diálogo e o ponto de vista do outro era rechaçado de antemão.

Ao chegar em Sainte Anne, este observador se viu com a difícil tarefa de trabalhar no meio “deles” na posição de antropólogo observador. Ao final da primeira semana de entrevistas exploratórias para preparar o campo, ficou claro que esta tarefa implicaria necessariamente em assumir uma outra *persona*, situada mais além do jogo de oposições pré-estabelecido por sua formação. Caso contrário, o seu projeto estaria fatalmente fadado ao fracasso, uma vez que marcado por um olhar demasiado preconceituoso para conseguir estabelecer um diálogo com aquela “tribo exótica”, necessário neste tipo de abordagem. Foi assim que se procurou assumir desde o início um olhar distinto, distanciado por meio de uma disciplina quotidiana, pautada pelo que em filosofia se apelidou de *princípio de caridade*, em que o discurso do outro não é desacreditado *a priori*, mas considerado em sua racionalidade interna, plenamente coerente com as crenças e desejos daquele grupo humano. Em suma, buscou-se assumir uma posição caracterizada por uma abertura para o outro, diferente daquela até então ocupada, marcada pelo fechamento e pela rejeição pré-estabelecida.

A primeira medida adotada se deu no plano das apresentações formais: o observador não mais se apresentava à equipe e aos pacientes de Sainte Anne como psicólogo clínico, mas como um antropólogo interessado nas práticas e representações em jogo no campo da medicina mental. Esta máscara social lhe dava liberdade para conversar com os profissionais, sem se preocupar com o fundo de disputas ideológicas inerentes ao campo. Em pouco tempo, mesmo aqueles que sabiam da sua

formação inicial se esqueceram das suas origens e passaram a tratá-lo como um profissional de um campo externo, o das ciências sociais, preocupado com questões estranhas à atividade quotidiana dos psicólogos clínicos, psiquiatras e pesquisadores daquele local. Acredito que isto, por si só, mudou o teor dos relatos e facilitou o estabelecimento de uma relação de confiança mútua.

A segunda medida importante deu-se na postura diante dos profissionais que compunham o serviço. Procurou-se a todo instante extrair dos seus atos e palavras a melhor interpretação possível, que contribuísse para o alargamento das possibilidades de compreensão dos motivos e razões que eles possuíam para agir e pensar de um determinado modo. Ao fazer isto, o observador deixou um lugar que lhe conferia o que Viveiros de Castro chamou de *vantagem epistemológica* com relação ao “nativo”, para se engajar na observação das *práticas de sentido* empreendidas quotidianamente pelo grupo observado. Esta posição de *simetria epistemológica* procurada pelo observador não implicava, entretanto, em concordar com as tais *práticas de sentido* em jogo naquele campo. Afinal, como afirma o antropólogo brasileiro, “não se trata de chegar ao consenso, mas ao conceito” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 119). Especialmente em se tratando os “nativos” de uma equipe de pesquisa de alto nível, treinada em metodologias científicas de investigação, isto é, de um grupo que expressa a mentalidade geral do Ocidente industrializado, com cosmologias e ontologias comuns ao observador em questão. Diferentemente, seguindo os conselhos de Bruno Latour, procurou-se tratá-los como “informantes” cujos discursos devem ser colocados em questão pelo antropólogo. Caso contrário, o que se encontraria seriam justamente os jogos de linguagem da “epistemologia popular” ocidental, que divide espontaneamente o mundo entre natureza e cultura, indivíduo e sociedade, saber científico e opinião, verdade e erro... Como dizem Latour e Woolgar (1996), não colocar em questão este tipo de discurso seria o mesmo que investigar uma aldeia da Amazônia em que todos tivessem lido *As Estruturas Elementares de Parentesco*.

Entretanto, restava saber o que o observador entendia por “colocar o discurso do outro em questão”. De acordo com o esforço empreendido neste trabalho, tratou-se de adotar um olhar que se situasse para além da concordância, ou da discordância com o objeto. Ao invés de reproduzir o discurso adotado por aquele grupo para justificar as suas práticas e teorias, tal como eles mesmos expressavam em suas conferências ou artigos científicos, procurou-se observar o que se situava à margem desta coerência e organização auto-atribuída, em cenas quotidianas, fragmentárias, não necessariamente

calculadas e pré-ordenadas. Aliás, tomou-se a coerência e a organização atribuída a suas práticas e discursos, não como um dado presente *a priori* nos objetos que aquela equipe pesquisava, mas como o produto final de uma atividade árdua e disciplinada, regida por normas de ação que incluíam métodos, estratégias de justificação, enunciados e práticas herdadas dos seus pares e antepassados.

Ao final da parte empírica de coleção de dados, o observador se deu conta de que, para além do material a ser usado em uma tese de doutorado, algo de pessoalmente valioso havia se produzido naquele encontro. Se a oposição “eles-nós” não havia sido inteiramente dissipada, pelo menos teria sido deflacionada. Algo daquele grupo fora incorporado ao próprio observador, como em um ritual antropofágico às avessas. Alguns daqueles “silvícolas”, dotados de práticas e pensamentos antes tidos como bárbaros, acabaram até por se tornar amigos, pela força da convivência. Sujeito e objeto foram ali modificados, pelo simples fato de estabelecerem uma relação de afetação recíproca.

Neste “devir antropólogo” do psicólogo clínico, o observador acabou por se transformar em um ser híbrido, sem identidade definida; nem antropólogo por inteiro, nem completamente psicólogo. Esta posição de fronteira pôde fazer emergir uma perspectiva sobre o que ele viu, leu e ouviu. Entretanto, aquele que ler este relato deveria levar em conta o modo como esta perspectiva foi criada e a história das interações que a engendraram. Isto é indispensável para se identificar a posição em que o olhar do narrador se situa. Somente assim é possível compreender em que contexto e com que impurezas o objeto antropológico em questão foi construído, para além da ficção do “objeto real”, este sim independente de qualquer descrição humana.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. *The system of professions: an essay on the division of labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

ACKERKNECHT, E. *A short history of medicine*. Rev. ed. Baltimore: John Hopkins University Press, 1982.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. ed. Washington D.C., 2000.

- ANSCOMBE, G. E. M. *Intention*. Cambridge: Harvard University Press, 2000.
- BARON, J. S. *Neuropsychological evaluation of the child*. New York: Oxford University Press, 2004.
- BARR, C. E.; MEDNICK, S. A.; MUNK-JØRGENSEN, P. Exposure to influenza epidemics during gestation and adult schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, v. 47, p. 869-874, 1990.
- BARRETT, R. *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1998.
- BELLACK, Alan S. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? Is it necessary? *Schizophrenia Bulletin*, v. 18, n. 1, p. 1-156, 1992.
- _____. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, v. 32, n. 3, p. 432-442, 2006.
- BENEDICT, R. Anthropology and the abnormal. *Journal of General Psychology*, v. 10, p. 59-80, 1934.
- BERRIOS, G. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XX*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- _____.; LUQUE, R.; VILLAGRÁN, J. Schizophrenia: a conceptual history. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003, v. 3, n. 2, pp. 111-140, 2003.
- BEAULIEU A. From brainbank to database: the informational turn in the study of the brain. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, v. 35, p. 367-390, 2004.
- _____. Images are not the (only) truth: brain mapping, visual knowledge, and iconoclasm, *Science, Technology & Human Values*, v. 27, n. 1, p. 53-86, 2002.
- BOYLE, M. *Schizophrenia: a scientific delusion?*. London: Routledge, 1990.
- BRENNER, H. D. Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence? *Acta Scandinavica*, v. 102, suppl. 407, p. 74-77, 2000.
- BRIAND, C. et al. Including integrated psychological treatment as part of standard therapy for patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 194, n. 7, July 2006.
- BUSCH, R. On the history of cystic fibrosis. *Acta Universitatis Carolinae, Praha*, n. 36, v. 1-4, p. 13-5, 1990.
- CALLON, M.; FERRARY, M. Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies Pratiques*, n. 13, 2006/2.

_____. *L'esprit malade : cerveau, folie, individus*. Paris: Ithaque, 2009.

CASTEL, P.-H. *À quoi résiste la psychanalyse?* Paris: PUF, 2006.

_____. *La querelle de l'hystérie : la formation du discours psychopathologique en France (1881-1913)*. Paris: PUF, 1998.

CASTEL, R. *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Éditions de Minuit, 1981.

_____. *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'alienisme*. Paris: Éditions de Minuit, 1976.

CASTEL, R.; CASTEL, F.; LOVELL, A. *The psychiatric society*. New York: Columbia University Press, 1982.

CHUNG, M.; FULFORD, W.; GRAHAM, G. Introduction: on reconceiving schizophrenia. In: _____.; _____.; _____. (Ed.). *Reconceiving schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

CLARKE, E.; JACYNA, L. S. *Nineteenth century origins of neuroscientific concepts*. Berkley: University of California Press, 1987.

CONRAD, P. *The medicalisation of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University, 2007.

_____.; SCHNEIDER, J. *Deviance and medicalisation: from badness to sickness*. Saint Louis: C. V. Mosby, 1980.

CROSSLEY, N. *Contesting psychiatry: social movements in mental health*. New York: Routledge, 2006.

DASTON, L. Objectivity and the escape from perspective. *Social Studies of Science*, v. 22, n. 4, p. 597-618, 1992.

_____.; GALISON, P. The image of objectivity. *Representations*, v. 40, p. 81-128, 1992.

DAVIDSON, D. Mental events. In: _____. *Essais on actions and events*. Oxford: Oxford University Press, 2002. p. 207-227

DEFRANCO, C.; TARBOX, A. R.; MCLAUGHLIN, E. J. Cognitive deficits as a function of years of alcohol abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. v. 11, n. 3-4, p. 279-93, 1985.

DELAHUNTY, A; MORICE, R. A. *Training program for the remediation of cognitive deficits in schizophrenia*. Albury: Department of Health, 1993.

DEMILY, C.; FRANCK, N. Cognitive remediation: a promising tool for the treatment of schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, v. 7, n. 8, p. 1029-1036, 2008.

DUMIT, J. *Picturing personhood: brain scans and biomedical identity*. Princeton: Princeton University Press, 2004.

DUMONT, L. *Essais sur l'individualisme : une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris: Éd. du Seuil, 1983.

EACK, S et al. Neuroprotective effects of cognitive enhancement therapy against gray matter loss in early schizophrenia - results from a 2-year randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, v. 67, n. 7, 2010.

EHRENBERG, A. *La fatigue d'être soi*. Paris: O. Jacob, 1998.

_____. Le cerveau 'social': chimère épistémologique et vérité sociologique. *Esprit*, Paris, , p. 79-104, jan. 2008.

_____. Les guerres du sujet. *Esprit*, Paris , n. 309, p. 74-85, 2004a

;

_____. Le sujet cerebral. *Esprit*, Paris, n. 309, p. 130-155, 2004b.

_____.; LOVELL, A. (Org.). *La maladie mentale en mutation: psychiatrie et société*. Paris: O. Jacob, 2001.

ESTERBERG, M. L.; COMPTON, M. T. The psychosis continuum and categorical versus dimensional diagnostic approaches. *Current Psychiatry Reports*, v. 11, n. 3. p. 179-84, June 2009.

ESTROFF, S. *Le labyrinthe de la folie : ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Paris: Empêcheurs de Parler en Rond, 1981.

FLANAGAN, O. *The science of mind*. Massachusetts: MIT Press, 2001.

FLECK, L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press, 2008.

FLOERSCH, J. *Meds, money and manners*. New York: Columbia University Press, 2002.

FRITH C, D. *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*. Paris: PUF, 1996.

FULFORD, K. W. M. Facts/values: ten principles of values-based medicine. In: RADDEN, J. (Ed.). *The philosophy of psychiatry: a companion*. New York: Oxford University Press, 2004.

_____. *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

_____.; THORNTON, T.; GRAHAM, G. (Org.). *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2006.

GARRABÉ, J. *Histoire de la schizophrénie*. Paris: Seghers, 1992.

- GAUDILLIÈRE, J.-P. *La médecine et les sciences : XIXe-XXe siècles*. Paris: La Découverte, 2006.
- GEDDES, J. R.; HARISSON, P. J. Closing the gap between research and practice. *British Journal of Psychiatry*, v. 171, p. 220-225, 1997.
- GEERTZ, C. Thick Description: towards an interpretative theory of culture. In _____, *The Interpretation of Cultures*, New York: Basic Books, pp. 3-30, 1973.
- GELDER, M.; LOPEZ-IBOR, J.; ANDREASEN, N. *New Oxford textbook of psychiatry*, 2003.
- GIOIA, G. A. et al. *BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Function professional manual*. Lutz: PAR, 2000.
- GLANON, W. Key concepts endophenotypes. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, v. 10, n. 3, p. 277-284, 2003.
- GOFFMAN, E. *Asiles: étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Éditions de Minuit, 1968.
- _____. La folie dans la place. In: _____. *La mise en scène de la vie quotidienne, 2 : les relations en public*. Paris: Éditions de Minuit, 1973.
- GOTTESMAN, I.; GOULD, T. D. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry*, v. 160, p. 636-645, 2003.
- GREEN, M. F. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the 'right stuff' ? *Schizophrenia Bulletin*, v. 26, n. 1, p. 119-136, 2000.
- _____. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?, *American Journal of Psychiatry*, v. 153, p. 321-330, 1996.
- GREEN, M. F.; NUECHTERLEIN, N. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 2, p. 309-318, 1999.
- _____.; SATZ, P.; CHRISTENSON, C. Minor physical anomalies in schizophrenia patients, bipolar patients, and their siblings. *Schizophrenia Bulletin*, v. 20, p. 433-440, 1994.
- GROB, G. *From asylum to community : mental health policy in modern America*. Princeton: Princeton University Press, 1991.
- GUTTENPLAN, S. *A companion to the philosophy of mind*. Oxford: Blackwell, 1994.
- HACKING, I. Looping effects on human kinds. In: SPERBER, D. et al (Ed.). *Causal cognition: an interdisciplinary approach*. Oxford: Oxford University Press, pp. 351-

383, 1995.

_____. *Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses*. Charlottesville: University Press of Virginia, 1998.

_____. Making up people. In: HELLER, T. (Ed.). *Reconstructing individualism*. Stanford: Stanford University Press, 1986. p. 222-236

_____. *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

_____. *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press, 1999.

HEALY, D. *The creation of psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

HEIL, J. *Philosophy of mind: a contemporary introduction*. New York: Routledge, 2004.

HOGARTY, G.; FLESHER, S. Cognitive remediation in schizophrenia: "Proceed... with caution!". *Schizophrenia Bulletin*, v. 18, n. 1, p. 1-156, 1992.

_____. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 4, p. 677-692, 1999a.

_____. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 4, p. 693-708, 1999b.

HORGAN, John. *A mente desconhecida: por que a ciência não consegue replicar, medicar e explicar o cérebro humano*. São Paulo, Companhia das Letras, 2002.

HORWITZ, A. *Creating mental illness*. Chicago: Chicago University Press, 2002.

_____.; MAYES, R. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v. 41, n. 3, p. 249-267, Sum. 2005.

ISMAIL, B.; CANTOR-GRAAE, E.; MCNEIL, T. Minor physical anomalies in schizophrenic patients and their siblings. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, p. 1695-1702, Dec. 1998.

KANDEL, E. R. A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, n. 4, Apr. 1998.

KENDELL, R. E. et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, v. 25, n. 2, p. 123-130, 1971.

KIM, J. *Philosophy of mind*. Boulder: Westview, 1998.

- KIRK, S.; KUTCHINS, H. *Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free, 1997.
- _____.; _____. *The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry*. New Brunswick: Aldine Transaction, 2008.
- LATOUR, B. *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte, 2005.
- _____. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Ed. UNESP, 1998.
- _____. *A esperança de Pandora*. Bauru: EDUSC, 1999.
- _____. *Pasteur: guerre et paix des microbes, suivi de irrédutions*. Paris: La Découverte, 2001a.
- _____.; WOOLGAR, S. *Vie de laboratoire: la production des faits scientifiques*. Paris: La Découverte, 1996.
- LAW, J. Notes on the theory of the actor network: ordering, strategy and heterogeneity. Lancaster University: Centre for Science Studies, 1992. Disponível em: <<http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law-Notes-on-ANT.pdf>>. Acesso em: nov. 2010.
- LESAK, M. D., HOWIESON, D. B.; LORING, D. W. *Neuropsychological assessment*. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2004.
- LORANT-ROYER, S. et al. Programmes d'entraînement cérébral et performances cognitives: efficacité, motivation... ou «marketing»? de la Gym-Cerveau au programme du Dr Kawashima. *Bulletin de Psychologie*, t. 61, v. 6, n. 498, p. 531-549, 2008.
- LÖWY, I. *Cancer de chercheurs, cancer des cliniciens: trajectoire d'une innovation thérapeutique*. Paris: Archives Contemporaines, 1996.
- _____. Essais cliniques. In: LECOURT, E. (Org.). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, 2004. p. 441-446.
- LUHRMANN, T. *Of two minds: an anthropologist looks at American psychiatry*. New York: Vintage Books, 2000.
- LUNDGREN, C. C.; PERSECHINO, E. L. Cognitive group: a treatment program for head-injured adults. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 40, n. 6, p. 397-401, 1986.
- MARKS, H. *The progress of experiment: science and therapeutic reform in the United States, 1900-1990*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

MAYES, R.; HORWITZ, A. V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v. 41, n. 3, p. 249-267, 2005.

MILLER, E. K; COHEN, J. D. An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neurosciences*, v. 24, p. 167-202, 2001.

MISSA, J.-N. *Naissance de la psychiatrie biologique : histoires des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*. Paris: PUF, 2006.

MOUTAUD, B. C'est un problème neurologique ou psychiatrique?. In: MISSA, J.-N. (Org.). *Les maladies mentales*. Paris: PUF, 2008.

O'CALLAGHAN, E. et al. Schizophrenia after prenatal exposure to 1957 A2 influenza epidemic. *Lancet*, v. 337, p. 1248-1250, 1991.

O'CARROL, R. Cognitive impairment in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, v. 6, p. 161-168, 2000.

O'DONOVAN, M. C.; CRADDOCK, N. J; OWEN, M. J. Genetics of psychosis; insights from views across the genome". *Hum. Genet*, v. 126, n. 1, p. 3-12, 2009.

ORTEGA, F. The cerebral subject and the challenge of neurodiversity. *Biosocieties*, v. 4, p. 425-445, 2009d.

_____. Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 67-77, 2009a.

_____. Elementos para uma história da neuroascese. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 621-640, 2009b.

_____. Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. *Interface – Comunicação, Saúde Educação*, v. 13, n. 31, p. 247-260, 2009c.

OWEN, A. et al. Putting brain training to the test. *Nature*. v. 465, n. 10, June 2010.

PICARD, J.-F. Aux origines de l'Inserm: André Chevallier et l'Institut National d'Hygiène. *Sciences Sociales et Santé*, v. 21, n. 1, mars 2003.

_____. INSERM. In: LÉCOURT, D. (Org.). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, pp. 652-655, 2004.

PLISZKA, S. R. *Neurociência para o clínico de saúde mental*. São Paulo: Artmed, 2004.

PORTER, T. Quantification and the accounting ideal of science. In BIAGIOLI, M. *The science studies reader*. New York: Routledge, 1992. p. 394-406.

_____. *Trust in numbers: the pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

QUÉTEL, C. *Histoire de la folie : de l'antiquité à nos jours*. Paris: Tallandier, 2009.

RACINE, E.; ILLES, J. Responsabilités neuroéthiques. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, v. 33, p. 260-268, 2009.

RAEDLER, T. J. Cognitive enhancing drugs for schizophrenia. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, v. 5, n. 3, 2008.

REEDER, C. et al. Which executive skills should we target to affect social functioning and symptom change?: a study of a cognitive remediation therapy program. *Schizophrenia Bulletin*, v. 30, n. 1, p. 87-100, 2004.

RHODES, L. *Emptying beds: the work on an emergency psychiatric unit*. Los Angeles: University of California Press, 1991.

RILEY, B. P.; MCGUFFIN, P. Linkage and associated studies of schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics*, v. 97, p. 23-44, 2000.

RODER, V. et al. Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, v. 32, n. S1, p. S81-S93, 2006.

_____.; MULLER, D. R.; BRENNER, H. *Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenic patients in different settings, patients sub samples and site condition: A meta-analysis*. 2004Comunicação oral proferida no 2nd AEP Congress - Association of European Psychiatrists em Genebra, abr. 2004.

ROSE, N. Neurochemical selves. In: _____. *The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press, 2007. p. 187-223

SAHAKIAN, W.; SAHAKIAN, B. J.; SAHAKIAN, P. L. *Psychopathology today: the current status of abnormal psychology*. 3rd ed.. Itasca, Ill.: Peacock, 1986.

SBRANA, A. et al. The psychotic spectrum: validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum. *Schizophrenia Research*, v. 75, n. 2-3, p. 375-87, 2005.

SCHIFFMAN, J. et al. Minor physical anomalies and schizophrenia spectrum disorders: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, v. 159, p. 238-243, 2002.

SHORTER, E. *A historical dictionary of psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2005.

_____. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: J. Wiley, 1997.

SPAULDING, W. et al. Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, v. 12, n. 4, p. 560-577, 1986.

_____. et al. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 4, p. 657-676, 1999.

STIP, E.; CHOUNARD, S.; BOULAY, L. On the trail of a cognitive enhancer for the treatment of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, v. 29, p. 219-232, 2005.

STRAUSS, A. Négociations. introduction à la question. In: BAZANGER, I. (Org.). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionisme*. Paris: L'Harmattan, 1992. p. 245-268.

SUSSER, E. S; LIN, S. P. Schizophrenia after prenatal exposure to the Dutch Hunger Winter of 1944-1945. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, p. 983-988, 1992.

SUSSER, E. S. et al. Schizophrenia after prenatal famine: further evidence. *Archives of Genetic Psychiatry*, v. 53, p. 25-31, 1996.

THORNTON, T. *Essential philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

TURNER, D. C. et al. Modafinil improves cognition and attentional set shifting in patients with chronic schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, v. 29, n. 7, p. 1363-73, 2004.

VELPRY, L. *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Paris: A. Colin, 2008.

VIDAL, F. Brainhood. In: FISCHER, K. et al. (Org.). *Mind, brain, and education* (based on a conference held at the Pontifical Academy of Sciences, Rome). New York: Cambridge University Press, 2005a;

_____. Sujet cérébral. In: ANDRIEU, B. (Org.). *Dictionnaire du corps*, Paris, Ed. du CNRS, 2005b.

VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. *MANA*, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.

WALKER, E. F; DIFIORIO, D. Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological Review*. v. 104, p. 667-685, 1997.

WEISZ, G. From clinical counting to evidence based medicine. In: JORLAND, G.; OPINEL, A.; WEISZ, G. *Body counts, medical quantification in historical and sociological perspective*. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2005. p. 377-399.

WEXLER, B; MORRIS, B. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 31, n. 4, p. 931-941, 2005.

WILSON, B. A. et al. *Behavioral assessment of dysexecutive syndrome*. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test, 1996.

WYKES, T. What are we changing with neurocognitive rehabilitation?: illustrations from two single cases of changes in neuropsychological performance and brain systems as measured by SPECT. *Schizophrenia Research*, v. 34, n. 1, p. 77-86, 1998.

_____. et al. Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy. *The British Journal of Psychiatry*, v. 181, p. 144-152, 2002.

WYKES, T. et al. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 25, n. 2, p. 291-307, 1999.

WYKES, T.; REEDER, C.; LANDAU, S.; EVERITT, B.; KNAP, M.; PATEL, A.; ROMEO, R. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, v. 190, p. 421-427, 2007.

WYKES, T.; NEWTON, E.; LANDAU, S.; RICE, C.; THOMPSON, N.; FRAGOU, S. Cognitive Remediation Therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, v. 94, p. 221-230, 2007.

YOUNG, A. *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press, 1995.