
Artigo Científico

Do divã à neuropsicanálise: alguns casos clínicos à luz da teoria freudiana

From the divan to neuropsychanalysis: some clinical cases in the light of the Freudian theory

Josiane C. Bocchi^a e Daniel Manzoni-de-Almeida^b

^aDepartamento de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), São Carlos, São Paulo, Brasil; ^bSociedade Paulista de Psicanálise, São Paulo, São Paulo, Brasil

Resumo

Dentre as principais questões endereçadas à psicanálise contemporânea, uma boa parte dos temas diz respeito ao papel da psicanálise frente às neurociências, e à presença cada vez mais frequente de conceitos psicodinâmicos em modelos neurobiológicos sobre a mente e o cérebro. Há diversos artigos científicos recentes que se apoiam em recursos de neuroimagem para propor aproximações entre alguns conceitos freudianos clássicos e determinados resultados empíricos. Alguns estudos até propõem uma junção entre as duas áreas, o que tem gerado polêmicas. Este artigo discute o surgimento da *Neuropsicanálise* e o que ela representa nesse debate. Para traçar uma reflexão inicial sobre a proposta neuropsicanalítica, relatamos alguns de seus procedimentos clínicos em associação com o método psicanalítico de investigação do inconsciente e as concepções freudianas de melancolia e narcisismo. © Cien. Cogn. 2013; Vol. 18 (1): 057-069.

Palavras-chave: Freud; neuropsicanálise; neurociências; estudo de caso, narcisismo.

Abstract

Among the main issues addressed to the contemporary psychoanalysis, a great part of the themes concerns the role of psychoanalysis face to neurosciences and also to the increasing presence of psychodynamic concepts entrenched on neurobiological models about the mind and the brain. There is a profusion of scientific articles that rely on neuroimaging in order to propose approaches among classical freudian concepts with some empirical outcomes. An amount of researches even indicate the junction of these two fields and as a consequence, that has raised some polemics. This article discusses the appearance of neuropsychanalysis and also reverberates what it represents in this current debate. To draft an initial reflexion about the aim of this approach, it is reported some of the clinical procedures associated with the psychoanalytical method of the investigation of the unconscious. © Cien. Cogn. 2013; Vol. 18 (1): 057-069.

Keywords: Freud, Neuropsychoanalysis, Neurosciences; study case; narcissism.

1 Introdução

“Vimos como a negligência derivou da negação de uma perda por meio da repressão e da introjeção, como a anosognosia refletia a crença inconsciente de que a imagem corporal pré-mórbida ainda estava guardada em segurança dentro dela [...]. Aludimos muito brevemente aos *outros* sintomas principais que caracterizam esta síndrome” (Kaplan-Solms & Solms, 2004, p. 85).

Neste trecho, chama nossa atenção o emprego de termos psicanalíticos já bem conhecidos, como “repressão”, “introjeção” e “negação”, ao lado de termos como “anosognosia” e “negligência”, usados para a descrição de um transtorno neuropsicológico, a Síndrome do Hemisfério Direito (SHD). Um mesmo parágrafo comporta essa heterogeneidade de vocabulário, algo impensável há algumas décadas atrás, como nos anos 60 e 70, em que a ascensão da psicofarmacologia e o fortalecimento da psiquiatria biológica contribuíram para um descrédito da visão psicanalítica dos distúrbios mentais no meio científico. Numa fase anterior, tínhamos um movimento contrário no qual a formação psiquiátrica norte-americana dos anos 50 priorizava a ênfase psicodinâmica da psicanálise em oposição às concepções organicistas ou biológicas da mente (Kandel, 1998/2005). A propósito, as discussões no campo da psiquiatria e da psicologia são frequentemente marcadas pela tensão entre concepções biológicas e psicossociais sobre a vida mental. Como apontado por Frederico Graeff (2006), a história da psiquiatria oscila entre o organicismo e o mentalismo desde Emil Kraepelin no século 19. Então, o que mudou em menos de 30 anos que permite acomodar enunciados neurobiológicos e conceitos psicanalíticos, como no trecho acima?

Nas três últimas décadas, o estudo do cérebro passou a ser pensado de modo essencialmente multidisciplinar. Desde os anos 90, tem havido esforços no sentido de incluir a abordagem da subjetividade nos estudos sobre a cognição humana, como mostra António Damásio (2000) em sua teoria neurobiológica da autoconsciência e do sentido de *self* ou na abordagem de Gerald Edelman (1995) sobre a consciência. Outros neurocientistas também propuseram diálogos entre a neurociência e questões da clínica psiquiátrica ou temas psicanalíticos, como Eric Kandel (1998; 1999; 2007) em diferentes oportunidades e Jean Pierre Changeux, em sua polêmica noção de “homem neuronal”. Ainda se pode encontrar autores que têm defendido uma aproximação da psicanálise com uma nova visão em biologia, como Morton Reiser (1984), Matthew Erdelyi (1985) e Robert Clyman (1991)¹.

Damásio, um dos responsáveis pelo reconhecimento de que o mental não se restringe à cognição, lembra-nos de que “durante a maior parte do século XX, a emoção não teve espaço nos laboratórios. Dizia-se que era subjetiva demais” (Damásio, 2000, p. 60). Contrariando um tradicional *modus operandi* de priorizar temas cognitivos, alguns estudos neurocientíficos empíricos abrem precedentes para a inclusão de processos psicodinâmicos, como medo, ansiedade e outras emoções. A percepção e a memória são atualmente estudadas sem perder de vista o papel do aprendizado emocional no processamento da informação². Portanto, na passagem para o século 21, o círculo de debates em torno da psicanálise tem sido marcado por

diferentes propostas de interlocução com desenvolvimentos neurocientíficos do último quarto do século 20 e anos 2000.

2 Neuropsicanálise

A neuropsicanálise surge filiada intelectualmente a este contexto, apresentando afinidades temáticas com a busca por uma visão mais integrada entre abordagens biológicas e psicodinâmicas. Ela apresenta um formato de interlocução entre neurociências e psicanálise, cujas fontes conceituais estão ligadas à escola de neuropsicologia dinâmica e aos trabalhos de Aleksandr Luria, Kurt Goldstein e Jason Brown. Emprega-se a noção de sistema funcional e o método de localização dinâmica (ou análise da síndrome), para entender as relações entre o cérebro e as funções psicológicas normais e patológicas, por exemplo, quando lesões cerebrais (tumores, acidentes vasculares, etc) modificam o funcionamento mental de indivíduos anteriormente saudáveis. A análise da síndrome recorta o modo como estas funções são perdidas, quais aspectos se deterioraram primeiro, quais são preservados e como isso afeta as demais funções da personalidade. Não é somente identificar o sintoma, mas obter um quadro psicológico individualizado de todas as estruturas envolvidas na perturbação.

De acordo com o conceito de sistema funcional de Luria, a função mental não está localizada em alguma parte do cérebro, trata-se antes de diversos elementos em interação funcional dinâmica que compõem sua representação. Embora a distribuição e organização neurológica das funções estudadas sejam expostas, a complexidade do mental e sua natureza dinâmica não são reduzidas à anatomia e à fisiologia. Veremos que o método de análise destes casos clínicos permite que as funções superiores sejam compreendidas em termos psicológicos, de acordo com seu modo de organização funcional, para o qual o conhecimento da neuroanatomia elucida e complementa, mas não é uma condição necessária. Consequentemente, diferencia-se da versão localizacionista *strictu sensu* do século 19, com a qual Freud rompera desde a fase neurológica de sua obra, buscando dar maior autonomia ao psicológico³.

Os neuropsicanalistas buscam na psicanálise respaldo teórico e um método investigativo para chegar às motivações e fatores inconscientes da personalidade, os quais dificultam a compreensão de alguns transtornos neuropsiquiátricos e interferem na recuperação dos pacientes. A neuropsicanálise se apoia na produção acadêmica da neurociência cognitiva, reunindo dados objetivos, como testes neuropsicológicos e exames de neuroimagem funcional em associação com procedimentos psicanalíticos, tais como sessões psicoterápicas e, como veremos adiante, discussão de casos clínicos com base em conceitos como narcisismo, ego, melancolia, entre outros⁴.

A abordagem em questão não é a única proposta de aproximação entre a neurociência e a psicanálise; encontramos outros estudos que propõem uma ponte entre as duas áreas (Slipp, 2000, p. 192; Lane & Garfield, 2005, p. 25; Shulman & Reiser, 2004, p. 133 e 140). A maioria destes estudos realiza análises comparativas entre seus resultados experimentais e determinados conceitos psicanalíticos, estabelecendo relações mais pontuais entre o psíquico e sistemas cerebrais, porém sem recorrer a um corpo teórico específico. Ao contrário dos estudos comparativos, a neuropsicanálise busca fundamentação teórica na metapsicologia freudiana e na neuropsicologia e conta com um programa de estudos organizado institucionalmente,

o qual também contempla uma prática de intervenção clínica, diferenciando-se dos demais estudos que se mantêm numa acepção mais geral. A propósito, Jean Benjamin Stora traça um panorama histórico do surgimento da associação internacional de neuropsicanálise (Stora, 2006). Stora esboça uma concepção mais geral da neuropsicanálise, caracterizada pelo encontro entre psicanalistas e pesquisadores abertos à interseção entre a metapsicologia freudiana e os estudos neurocientíficos. A nosso ver, o termo neuropsicanálise se aplica com mais propriedade ao referencial dinâmico em neuropsicologia, como o segmento da neurociência dedicado ao estudo do efeito comportamental das lesões cerebrais, e sua estreita associação com procedimentos teórico-clínicos propostos por Freud.

A neuropsicanálise foi impulsionada pelo contexto dos esforços que batizaram os anos 90 como a década do cérebro, mas sem se confundir com a pluralidade dos estudos que propõem afinidades temáticas entre neurociência e psicanálise, que em sua maioria não esboçam um programa de pesquisas ou uma fundamentação mais sistemática.

Enfim, a abordagem neuropsicanalítica caracteriza uma via de demonstração da pesquisa multidisciplinar em neurociência, visando unir a objetividade da neurobiologia ao *background* teórico e técnico da psicanálise e, sobretudo, estreitar as distâncias entre as abordagens biológicas e as abordagens psicodinâmicas, cuja oposição acarreta prejuízos à prática clínica.

Como a neuropsicanálise tem um núcleo de apoio na psicanálise, ela reproduz a cultura das sociedades psicanalíticas, com grupos de estudos, revista de divulgação e fóruns de discussão dos casos clínicos. Em 1994, surgiu o primeiro grupo de estudos em Nova York, denominado “Neurociência e Psicanálise”, cujos trabalhos levaram à criação da revista *Neuropsychoanalysis* em 1999, publicada semestralmente até os dias de hoje. Em 2000, aconteceu o primeiro congresso internacional da área, durante o qual foi criada a atual *International Neuropsychoanalysis Society*. Desde então, a Sociedade de Neuropsicanálise conta o apoio intelectual ou a participação efetiva de neurocientistas, como António Damásio, Oliver Sacks, Joseph LeDoux, Jaak Panksepp, Karl Pribram e psicanalistas, como Charles Brenner, André Green, Mark Solms, Peter Fonagy, Otto Kernberg, Karen Kaplan-Solms e Daniel Stern.

Os casos clínicos a seguir foram extraídos dos textos de Mark Solms e Karen Kaplan-Solms (2001; 2004), com o objetivo de ilustrar o procedimento investigativo da neuropsicanálise através do uso de ferramentas psicanalíticas. Os autores estabelecem um paralelo entre observações anatômicas e perturbações psicológicas presentes no quadro neuropsicológico conhecido como “síndrome do hemisfério direito” (SHD). O objetivo é descrever os mecanismos psicológicos que atuam nesta síndrome e investigar seu papel na sintomatologia para lançar algum sentido aos comportamentos aparentemente contraditórios e ininteligíveis destes pacientes. O estudo neuroanatômico da lesão visa levantar a contribuição de certos sítios cerebrais para o estabelecimento da síndrome e entender os processos normais vinculados àquelas organizações neurológicas, não se tratando de identificar a sede das funções psicológicas em questão.

3 Perturbações da autoimagem

A síndrome do hemisfério direito agrupa uma ampla descrição de sinais e sintomas, designando diversas manifestações decorrentes de lesões neste hemisfério cerebral, como alterações cognitivas, déficits de memória visuo-espacial, déficits emocionais e de comunicação entre os dois hemisférios, entre outros (Fonseca *et al.*, 2006). Nem todos os indivíduos com lesão no hemisfério direito apresentam tais déficits, o que depende da intensidade do distúrbio e/ou extensão da lesão. Os correlatos neurais mais mencionados na literatura pertencem ao lobo parietal direito (Léger, 2005 *apud* Fonseca *et al.*, 2006, p. 248).

Os casos abaixo relacionados apresentam distúrbios na percepção da imagem corporal: eles não reconhecem a perda da funcionalidade do membro esquerdo (anosognosia), mesmo diante de evidências contrárias e alguns não percebem estímulos táteis, auditivos e/ou visuais, provenientes do hemicampo contralateral à lesão (negligência sensorial ou espacial). Esses indivíduos também têm perturbações cognitivo-espaciais, como no julgamento visuo-espacial, na organização de objetos à esquerda ou ao orientar-se espacialmente à esquerda. Quando estes pacientes são forçados a tomar conhecimento de sua paralisia, “insistem que o braço não pertence a eles. Eles estão mais propensos a aceitar que o braço pertença ao examinador, mesmo que isso implique em aceitar que o examinador tenha três braços, do que preparados a aceitar que o membro deficiente esteja ligado ao seu próprio corpo” (Kaplan-Solms & Solms, 2004, p. 50).

Há controvérsias na literatura neuropsiquiátrica, alguns autores defendem que a anosognosia e a heminegligência seriam de distúrbios de atenção, enquanto outros acreditam que tais quadros envolvem déficits do processamento perceptivo (Fonseca *et al.*, 2006). As explicações mais frequentes para a síndrome orientam-se pela especialização lateral das funções hemisféricas, como a teoria da dominância do hemisfério direito para as emoções negativas, segundo a qual os pacientes com a SHD teriam adquirido uma inabilidade de perceber os aspectos negativos de sua nova condição corporal. Contudo, teorias como esta permanecem atreladas aos sintomas diretamente observáveis, ao passo que as perturbações psíquicas são geralmente mais complexas do que aparentam à primeira vista.

Kaplan-Solms & Solms (2001) acreditam que estes pacientes evitam reconhecer as alterações físicas ou funcionais: “... porque esse conhecimento é fonte de insuportável sofrimento para eles” (p. 160), uma ideia reforçada por um experimento que corrigiu temporariamente o déficit perceptivo da autoimagem na SHD. Vilavanur Ramachandran (1994) conseguiu suprimir a negação emocional de uma paciente ao introduzir água gelada em seu ouvido esquerdo⁵. O experimento levantou a hipótese de que um mecanismo semelhante à repressão psíquica estaria em ação na SDH, porque o conhecimento do déficit foi registrado na memória, contudo o acesso àquelas representações estava vetado por algum motivo.

A questão de Solms é o porquê as representações da autoimagem passaram a ser intensamente evitadas, enquanto que o mesmo não ocorre com os pacientes cujas lesões se dão na região correspondente do hemisfério esquerdo.

A Sra. B, 55 anos, há 18 anos paralisada por um Acidente Vascular Cerebral (AVC), apresentava crises de choro e as relacionava a sentimentos tristes, mas recusava que fossem por causa da doença. As emoções de natureza depressiva desta

paciente aparecem nas breves conscientizações, sugerindo que não houve uma perda da capacidade de sentir afetos negativos, mas sim que as emoções se encontram ativamente suprimidas pelas defesas psíquicas.

A mesma observação se aplica ao Sr. D, 34 anos, que tinha a mão levemente paralisada e após uma fase inicial de negligência, passou a apresentar ódio pela mão hemiplégica e acessos de raiva contra a equipe médica. Apresentava atitudes de desconfiança e controle quanto à equipe e agia como se a mão não fosse uma parte do seu corpo. Como a Sra. B, ele também era capaz de exprimir sentimentos negativos, suas verbalizações agressivas indicam um colorido emocional intenso. O Sr. D. é um caso atípico da SHD, pois não tem a negação ou repressão com mecanismo subjacente, mas sim a projeção que faz com que os sentimentos relacionados ao dano corporal sejam externalizados: *“Eu vou fazer essa mão em milhões de pedacinhos e mandá-los pelo correio para o neurocirurgião, em envelopes, um a um”, “Eu não posso viver assim; eu vou mandar amputá-la”* (Kaplan-Solms & Solms, 2004, pp. 92-93).

Sr. C, 59 anos, com hemiplegia na mão esquerda, ignorava o examinador quando este se sentava do seu lado esquerdo, tinha episódios de choro e no restante do tempo era alheio e arrogante com a equipe médica. Na sessão psicanalítica, esforçava-se por manter uma suposta invulnerabilidade e culpava os profissionais pela sua atual condição física. O Sr. C. minimizava o fato, repetindo que o braço “parecia um pedaço de carne morta, mas agora está um pouquinho bobo e preguiçoso” (Kaplan-Solms & Solms, 2004, p. 62). Assim como o Sr. D, este paciente tratava o lado esquerdo do corpo como se não fosse seu, e sim como um objeto qualquer que o incomodava por não responder com a mesma eficiência de outrora. Abaixo, segue as intervenções psicanalíticas que auxiliam o paciente na tomada de consciência de sua condição física real durante a sessão, quando participava de um programa de reabilitação neurológica:

[...] ele subitamente se ausentou da conversa com ela [a terapeuta] e começou a exercitar seu braço e sua mão esquerda com a mão direita. Karen comentou que parecia que ele não conseguia esperar e queria que o braço se recuperasse imediata e totalmente. “Não”, respondeu ele, retornando momentaneamente as suas racionalizações. “Eu só não quero que meu braço esquerdo fique fraco pela falta de uso”. Karen replicou que talvez fosse doloroso demais tomar contato com o que ele estava prestes a reconhecer no momento anterior – ou seja, que seu braço estava, de fato, totalmente paralisado – e que saber se o braço se recuperaria ou não estava totalmente fora do controle dele. Esse comentário provocou um desabamento instantâneo de sua expressão facial, com irrupção de uma emoção dolorosa próxima às lágrimas. Virando-se para Karen, disse em desespero: “Mas olhe meu braço [apontando para o braço esquerdo], o que é que vou fazer se ele não recuperar? (Esse foi seu comentário mais reflexivo até o momento, envolvendo um reconhecimento pleno de sua problemática – um momento de fato sem defesas). Então, o Sr. C fez um longo silêncio, após o que reverteu para seu estado usual de aparente indiferença”. (Kaplan-Solms & Solms, 2004, p. 66-67)

As intervenções terapêuticas abrem uma perspectiva para que o paciente dissociado reconheça seu estado físico, dando vazão a sentimentos suprimidos. Esta

sessão corrigiu temporariamente o déficit e teve o mesmo efeito produzido pela estimulação calórica do experimento de V. Ramachandran (1994). Ambos os resultados indicam que a percepção do esquema corporal ocorreu, reforçando a hipótese de que a dinâmica psíquica da síndrome é mais complexa do que um simples déficit perceptivo para sentimentos negativos.

Por último, a Sra. A, 61 anos, com sequelas motoras mais extensas e uso cadeira de rodas, estava clinicamente deprimida e já tivera duas tentativas de suicídio, no entanto recusava que os danos corporais tivessem algo a ver com sua tristeza. Assim como o Sr. C, a Sra. A só reconhecia a paralisia na sessão analítica, quando as contradições eram apresentadas em forma de interpretação. No entanto, as defesas do Sr. C e da Sra. B funcionavam a maior parte do tempo, sustentando uma *belle indifférence*, enquanto que as defesas da Sra. A e do Sr. D fracassaram por completo.

O aporte à metapsicologia freudiana revela que além da recusa da doença, eles têm em comum as vivências depressivas e uma indiferença afetiva, dinamicamente motivada. Não se trata exatamente de um déficit funcional, porque mecanismos psicológicos foram manipulados na sessão, através da técnica psicanalítica, permitindo um reconhecimento transitório sua nova condição corporal. A observação psicanalítica também aponta atitudes narcisistas desses indivíduos na relação com a equipe médica, como a arrogância e o controle do Sr. C, o alheamento da Sr. B e a fúria do Sr. D. A percepção da realidade que se segue à lesão neurológica é deveras intolerável a eles, que têm de fato motivos para estarem tristes ou irritados, porém a psicanálise revela que eles não vivenciam conscientemente estes sentimentos ou seus motivos. Segundo Kaplan & Solms (2001), a investigação clínica nos moldes psicanalíticos identificou um padrão nos sintomas: um fracasso no processo do luto pela perda de funções corporais. Antes do adoecimento, esses indivíduos provavelmente mantinham uma relação narcísica com a realidade e uma idealização de controle narcísico do corpo (e não puderam aceitar a perda da vitalidade, nem que ela fosse apenas parcial). A percepção da perda é particularmente mais intolerável aos indivíduos com a SHD, como uma ferida narcísica, o que dificulta ou impede o processo do luto pelas modificações corporais, que ocorreria normalmente não fosse a inclinação melancólica destes pacientes.

A Sra. A, por exemplo, sempre referia perdas menores (perda dos óculos, dos cigarros), que eram desproporcionais em relação a seus sentimentos depressivos e continuava inconsciente do fato de não poder mais andar. Segundo os autores, as perdas menores são representantes deslocados de uma perda maior, inconsciente, e principalmente: “que o fato desta perda ser reprimida a *impossibilitava* de fazer o luto da perda de um modo sadio. Se você não puder admitir que perdeu algo, como pode passar pelo doloroso processo de, gradualmente, separar-se desse algo?” (Kaplan-Solms & Solms, 2004, p. 79).

Desse modo, apoiando-se nas teorizações de Freud sobre a melancolia e sua base narcísica, esses autores estabelecem um paralelo entre a depressão da Sra. A e a melancolia, como descrita em *Luto e melancolia* (1917/1989). A depressão reativa ao AVC se deu em função de uma perda inconsciente: a condição saudável, a integridade corporal e a independência. Freud (1917/1989) diz que o melancólico até pode identificar o que perdeu, mas não sabe exatamente o que perdeu no objeto. A Sra. A identifica uma perda, ela se queixa por ser obrigada a depender de cuidados externos,

mas não sabe precisamente o que foi perdido junto com o objeto, ou seja, ela ignora que a sua deficiência seja responsável pela perda da autonomia.

Freud (1917/1989) aponta que na base da melancolia está uma relação narcísica com os objetos amorosos: uma relação marcada pela fixação ao objeto (que é intensamente investido), porém sustentada por um vínculo frágil que pode sucumbir mais facilmente às situações de crises e adversidades. Diante de uma perda, o melancólico não consegue desinvestir o objeto e começar de novo, como ocorreria no luto normal: “de tal sorte que o investimento do objeto possa *regressar ao narcisismo* se encontrar dificuldade. A *identificação narcísica* com o objeto se converte então no substituto do investimento de amor” (Freud, 1917/1989, p. 247). Freud está dizendo que o melancólico inconscientemente substitui o investimento amoroso no objeto por uma identificação com este. A ambivalência de amor e ódio é inerente à esta identificação introjetiva (ambivalência, que em algum grau, está presente em todos os vínculos amorosos), e faz com que o objeto perdido seja reconstruído no mundo interno do sujeito, criando uma cisão no próprio ego⁶. O ego e o objeto encontram-se divididos na fantasia inconsciente, entre partes boas e más, por isso o ego torna-se alvo de ataques agressivos e de uma hostilidade que seria direcionado ao objeto, explicando os impulsos suicidas.

No caso da Sra. A, o corpo saudável é o objeto perdido do qual ela não pode se desvencilhar, talvez pela percepção idealizada (narcísica) do seu esquema corporal. Ela teria ficado identificada a essa autoimagem e a representação do braço permaneceu intacta dentro do ego da paciente, por isso a recusa em perceber a deficiência motora. No caso do Sr. D, também houve introjeção e regressão a uma relação narcísica com o seu corpo, mas ao invés de guardar o objeto danificado consigo ele o expulsa e externaliza a raiva ao invés de ficar intoxicado por ela. Este paciente usava mecanismos projetivos, por isso ficava persecutório quanto à realidade. A ameaça era vivenciada como vindo de fora: neurocirurgiões incompetentes, um hospital negligente, e assim por diante. Suas fantasias eram de natureza paranoica (a mão era tratada como uma parte da realidade externa odiada), e isso mantinha os impulsos autodestrutivos fora do seu ego, por isso ele não tentara se matar, como a Sra. A. (Kaplan-Solms & Solms, 2001, pp. 193-194).

4 Ferida narcísica na síndrome do hemisfério direito

A psicanálise revela que em todos estes casos o luto normal não foi realizado, em função de uma evitação dos afetos depressivos, isto é, uma defesa contra “a conscientização plena de sua perda por meio de uma organização narcísica” (Kaplan-Solms & Solms, 2001, p. 98). Na Sra. B e no Sr. C, houve uma supressão dos sentimentos (repressão) que cedeu momentaneamente nas sessões e nestes dois últimos casos houve uso maciço da introjeção e da projeção, respectivamente. Quando estas defesas entraram em colapso, derivaram em um quadro depressivo severo na Sra. A e em uma paranoia agressiva no Sr. D.

Mas afinal o que tornaria a apresentação clínica dos casos da SHD tão peculiar quando comparada a outros casos de lesões neurológicas e aos casos de danos na mesma região do hemisfério esquerdo? Segundo os autores, a revisão da literatura neuropsicológica sobre o hemisfério direito aponta que este como exerce um papel central na representação dos objetos externos reais, como algo *separado de nós*, logo,

contribuindo para uma percepção destes em sentido concreto e totalizado: “sempre soubemos – e hoje isso é fora de dúvida - que a convexidade do hemisfério direito é especializada para a percepção e cognição das nossas relações com o espaço externo concreto” (Kaplan-Solms & Solms, 2004, p. 100). Uma estrutura do hemisfério direito (lobo parietal) compõe o substrato neural da apreensão das informações externas e internas em nível concreto (Kaplan-Solms & Solms, 2001, p. 47).

Assim, é estabelecido um primeiro fator atuante na SHD: lesões no hemisfério direito desestabilizam os mecanismos neuropsíquicos envolvidos na representação dos objetos e do eixo espacial como um todo, deixando os indivíduos acometidos à mercê de uma concepção espacial e objetual menos estruturada. O aporte à metapsicologia do narcisismo e da melancolia elucida um segundo fator na síndrome, agora do ponto de vista psicodinâmico, qual seja, uma organização narcisista de personalidade. As lesões nesta estrutura do hemisfério direito provocam uma regressão a uma modalidade mais primitiva de funcionamento neuropsíquico, e a psicanálise dirá que se trata de uma organização narcísica.

A integração destes dois fatores fornece a explicação para o teor bizarro e delirante dos distúrbios de percepção da imagem corporal (a anosognosia, a negligência sensorial). Na ausência das funções plenas do hemisfério direito, estes indivíduos perdem a capacidade de representar os objetos como *coisas*: “a perda dessas coisas concretas, incluindo parcialmente a representação do próprio corpo da pessoa enquanto coisa, que forma a base de todas as nossas relações amorosas com o mundo objetual real, é um golpe severo que resulta na regressão do amor objetual para o narcisismo” (Kaplan-Solms & Solms, 2004, p. 100).

A aceitação de diagnósticos difíceis é comumente um processo onde atuam defesas psicológicas⁷. Entretanto, nos casos relatados, a identificação com o objeto perdido (corpo) fez com que os aspectos ambivalentes das representações corporais fossem tratados como objetos externos separados do qual não se tinha mais o controle. Assim, a psicanálise explica o aspecto afetivo, o ódio ou indiferença na dissociação da percepção do esquema corporal. Esse é o fator específico dessa síndrome (SHD), que a “distingue das lesões equivalentes na região perisylviana do hemisfério esquerdo, onde os objetos são representados não concretamente, mas simbolicamente, como palavras, e não como coisas” (Kaplan-Solms & Solms, 2004, p. 100).

É provável que com a lesão hemisférica, houve perda parcial da representação do esquema corporal da pessoa como um todo. Devido à ausência desta organização neuropsicológica que auxilia na representação do corpo concreto, esses indivíduos se depararam com uma autoimagem patologicamente distorcida, a disfunção era real, porém ficaram privados de recursos para representá-la simbolicamente e assimilar a modificação ao novo esquema perceptivo. Eles se sentiam e de fato mutilados:

A consequência dessa lesão pode comprovar uma grave perturbação da imagem de si mesmo. A percepção da imagem do corpo requer, pois, a integridade desta área somato-sensorial. Não se diz que esse território seja a sede única da imagem do corpo. Porém, a lesão produz uma separação que os neurologistas chamam de ‘dissociação’ no senso da percepção global do conjunto do corpo. (Changeux & Ricoeur, 2001, p. 55)

Notem que o conceito de narcisismo ajudou a compreender a dinâmica afetiva da SHD, para a qual as observações anatômicas não tiveram um papel efetivo, assegurando assim que a compreensão do psíquico foi independente de qualquer anatomia que lhe servisse de substrato.

Em um segundo momento, as observações neuroanatômicas e os conhecimentos sobre as funções do hemisfério direito foram aliados à teoria do narcisismo, na tentativa de esboçar uma hipótese sobre a integração entre as funções emocionais e cognitivo-espaciais da organização funcional hemilateral na síndrome estudada. Em nenhum momento, inferiu-se que os processos normais ou patológicos da SHD fossem localizados ou tivessem sede naqueles sítios cerebrais, nem que fossem realizados exclusivamente por aqueles sistemas.

A contribuição psicanalítica nestes exemplos permite que a compreensão da SHD dê um passo além das explicações já conhecidas na literatura neuropsiquiátrica do problema, mostrando que estas pessoas não têm déficit perceptivo para os afetos negativos. Eles evitam ativamente entrar em contato com estas percepções, porque lhes são fonte de sofrimento psíquico. A hipótese do distúrbio de atenção entre os dois hemisférios também é confrontada pelo fato de que a comunicação é reestabelecida na terapia e no experimento de V. Ramachandram.

5 Considerações finais

Esperamos que estes estudos de casos neuropsicanalíticos apontem que as diferenças metodológicas entre a neuropsicologia e a psicanálise não impedem uma aproximação e uma abordagem conceitual comum. Os casos questionam o antagonismo entre os enunciados psicológicos e neurobiológicos, como ilustrado no início deste trabalho. A neuropsicanálise põe em discussão a aproximação entre áreas distintas, mas complementares, que ao invés de se oporem, teriam maiores ganhos em compartilhar esforços metodológicos, como entre psiquiatria biológica e psiquiatria psicodinâmica e as pesquisas em neurociência cognitiva e a psicanálise, no sentido de que esta última talvez possa oferecer um modelo explicativo para investigações empíricas. As disciplinas que compõem as neurociências não dispõem de um corpo teórico mais sistemático, o que historicamente já foi buscado em outros modelos, por exemplo, os estudos de Wernicke e Broca sobre afasia apoiaram-se na frenologia do século 18, depois a psicologia associacionista de Ivan Pavlov também ofereceu pautas de pesquisa, enquanto que a atual ciência da mente recorre à psicologia cognitiva.

E por que não a psicanálise? Uma abordagem fronteira entre neuropsicologia dinâmica e a psicanálise pode potencializar avanços teóricos e clínicos em psicopatologia pelo fato da psicanálise dispor de um enquadre teórico e técnico já consolidado para a investigação do inconsciente e de outros aspectos dinâmicos da vida mental, como os que atuaram na sintomatologia da SHD, trazendo sentidos e uma interpretação para excentricidade do discurso e do comportamento antes ininteligíveis. A discussão dos casos clínicos oferece uma demonstração operacional de como uma pesquisa interdisciplinar em neurociência pode buscar pautas conceituais na psicanálise e lançar luz na semiologia clínica, em sua complexidade emocional e cognitiva. Estas investigações realçaram um conjunto de problemas e um campo de atuação ainda não explorados pelos psicanalistas, ou pelo menos não tradicionalmente.

Os neuropsicanalistas reivindicam que os psicanalistas e os neurocientistas investigam um mesmo objeto de estudos, o que varia é a perspectiva fenomenológica: se do mundo interno do sujeito ou da abordagem objetiva do cérebro. No entanto, as neurociências se deparam atualmente com grandes dificuldades, como os desafios da padronização e interpretação dos estudos de neuroimagem, já que indivíduos diferentes realizando uma mesma função não utilizam as mesmas redes neurais ou ainda como projetar o estudo de entidades mentais (medo, consciência, autopercepção) nas condições exigidas pela experimentação, para ficar nestes exemplos. O fato é que a proposta de diálogo entre os recentes estudos neurocientíficos e a psicanálise certamente aponta que esta interface ainda ensaia seus primeiros passos, no estágio em que se encontra atualmente, ao colocar em revista seus fundamentos científicos. Se no limite estas disciplinas se debatem ou não com o mesmo objeto de estudo, isto deve aguardar novos conceitos, experimentações e reflexões críticas.

Pensamos que o surgimento de uma abordagem como a neuropsicanálise responde a um interesse dos psicanalistas pela interlocução com as neurociências, assim como a reivindicação destas para que a subjetividade também seja abordada por algumas de suas disciplinas, alinhando-se, em última instância, ao desenvolvimento técnico e conceitual das ciências cerebrais no século 20.

Do lado da psicanálise, reafirma-se sua tradicional intertextualidade com outras disciplinas; um expediente usualmente praticado pelos psicanalistas e pelo próprio Freud, em suas trocas com a clínica médica, com uma teoria da cultura, com a filosofia e a biologia.

Agradecimentos

Grata ao apoio de Thiago G. Livon e ao suporte do próprio colega Daniel Manzoni de Almeida, através de sua participação atenta.

6 Referências bibliográficas

- Bocchi, J. C. (2010). A psicanálise freudiana e o atual contexto científico da biologia da mente: uma discussão a partir das concepções sobre o ego. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar, São Carlos.
- Clarke, E.; Jacyna, L. S. (1987). *Nineteenth-century origins of neuroscientific concepts*. California: University of California Press.
- Changeux, J.-P.; Ricoeur, P. (2001). *La naturaleza y la norma: lo que nos hace pensar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Changeux, J.-P. (1997). *Neuronal man: the biology of mind*. New Jersey: Princeton University Press.
- Clyman, R. B. (1991). The procedural organization of emotions: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39, 349-382.
- Damásio, A. R. (2000). *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Edelman, G. M. (1995). *A biologia da consciência: as raízes do pensamento*. (Coleção Epigênese e Desenvolvimento). Ed. Instituto Piaget,

- Erdelyi, M.H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. New York: Freeman & Co.
- Fonseca, R. P.; Ferreira, G. D.; Liedtke, F. V.; Müller, J. L.; Sarmiento, T. F.; Parente, M. A. M. P. (2006). Alterações cognitivas, comunicativas e emocionais após lesão hemisférica direita: em busca de uma caracterização da síndrome do hemisfério direito. *Psicologia USP*, 17, 241-262.
- Freud, S.(1989) *Duelo y melancolía*. Sigmund Freud. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, vol. 14, (Original publicado em 1917 [1915]).
- Graeff, F. G. (2006). Neurociência e psiquiatria. *Psicologia Clínica*, 18, p. 27-33, 2006.
- Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. In (2005) *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, p. 33-58.
- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. In: (2005). *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, p. 63-106.
- Kandel. E. R. (2007). *À la recherche de la mémoire: une nouvelle théorie de l'esprit*. (Filoche, M., Trad.) Paris: Odile Jacob.
- Kaplan-Solms, K.; Solms, M. (2001). *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis: introduction to a depth neuropsychology*. 2.ed. New York: Other Press (Karnac).
- Kaplan-Solms, K.; Solms, M. (2004). *O que é a neuro-psicanálise: a real e difícil articulação entre a neurociência e a psicanálise*. (Do Vale, El., Trad), São Paulo:Terceira Margem.
- Klüber-Ross , E. (1997). *On death and dying*. A Touchstone Book. (Original publicado em 1969).
- Lane, R. D.; Garfield, D. A. (2005). Becoming aware of feelings: integration of cognitive-developmental, neuroscientific and psychoanalytic perspectives. *Neuro-Psychoanalysis*, 7, 5-30.
- Ramachandran, V. S. (1994). Phantom limbs, neglect syndromes, repressed memories, and Freudian psychology. *Int. Rev. Neurobiol.*, 37, 291-333.
- Reiser, M. F. (1984). *Mind, brain, body: toward a convergence of psychoanalysis and neurobiology*. New York: Basic Books.
- Shulman, R.; Reiser, M. F. (2004). Freud's theory of mind and functional imaging experiments. *Neuro-Psychoanalysis*, 6, 133-142.
- Slipp, S. (2000). Introduction to neuroscience and psychoanalysis. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 28, 191-201.
- Stora, J-B. (2006). *La neuro-psychanalyse*. Paris: Puf. (Coleção Que sais-je?).

Notas:

- (1) A argumentação destes artigos, por exemplo, busca integrar substratos neurobiológicos e acepções psicodinâmicas: “sugerimos que as camadas da consciência descritas por Freud proporcionam um quadro conceitual mais adequado para a compreensão da atividade cerebral e da sua relação com o mentalismo” (Shulman & Reiser, 2004, p. 133), bem como “a amnésia clínica fornece um modelo experimental para estudar fenômenos de interesse dos psicanalistas” (Clyman, 1991, p. 377).
- (2) Para uma discussão sobre os sistemas de memória implícita e sua associação com um modo de organização das emoções, ver Clyman (1991).
- (3) O método anatomoclínico que sustentava a doutrina da localização de funções cerebrais no século 19 (conhecida como localizacionismo) é diferente da correlação proposta nestes casos

neuropsicanalíticos. A versão anterior culminava numa confusão entre o fisiológico e o mental, retirando a autonomia deste último. O localizacionismo tinha como princípios básicos a especialização do córtex em funções e subfunções específicas, além de uma visão isomórfica e simétrica da relação mente-cérebro, como se cada função da linguagem tivesse um correlato físico (um engrama) nas células do córtex. Para mais detalhes sobre o localizacionismo, ver Clarke & Jacyna (1987, p. 240-243).

- (4) Este tópico sobre o procedimento clínico-investigativo já foi abordado em maiores detalhes em outra oportunidade (Bocchi, 2010, p. 73-75).
- (5) Publicado na *International Review of Neurobiology*, p. 323. Quando a paciente foi entrevistada sob o efeito da água gelada, relatou a perda da função do braço e sabia desde quando o fato ocorreu. Contudo, findo o efeito, os sintomas da negligência retornaram. A paciente lembrou-se da entrevista, porém rechaçou especificamente o fato de ter reconhecido a paralisia.
- (6) Cf. *Luto e melancolia*, p. 243, p. 245-246.
- (7) Elisabeth Klüber-Ross, no clássico trabalho “On death and dying”, apresenta um modelo descritivo sobre as fases do processo de perda e luto no adoecimento, onde a negação da doença é um padrão normalmente verificado nas primeiras fases diagnósticas.