

Compreender o Inconsciente através das Memórias ^{a)}

Understanding the Unconscious through Memories

João Carlos Melo* 

RESUMO

Baseado na Conferência proferida no Simpósio do Serviço de Psiquiatria do HFF, o presente trabalho faz referência aos diferentes tipos de memórias e, com ilustrações clínicas, estabelece uma relação entre estas e o Inconsciente, tal como foi descrito por Freud. É referido que o recalçamento atua apenas sobre os conteúdos da memória explícita, enquanto que a memória implícita guarda as experiências que não conseguem ser evocadas conscientemente, manifestando-se como reações emocionais, comportamentos ou desempenhos em diversas situações da vida quotidiana e no processo transferencial.

Palavras-Chave: Memória Explícita; Memória Implícita; Inconsciente; Recalçamento.

ABSTRACT

Based on the Conference set on the Symposium of the Service of Psychiatry of the HFF, the following work refers to the different types of memories and, with clinical illustrations, sets a relation between them and the Unconscious, as described by Freud. It's stated that the repression acts solely upon the content of the explicit memory, while the implicit memory keeps the experiences that can't be

evoked consciously, manifesting themselves as emotional reactions, behaviors or performances in diverse situations of the day to day life and in the transferencial process.

Key-Words: *Explicit Memory; Implicit Memory; Unconscious; Repression.*

Henry Gustav Molaison tinha apenas nove anos quando se deu o acidente. Tudo se passou perto de sua casa, em Hartford, Connecticut, decorria o ano de 1935. O pequeno Henry brincava na rua, como tantas vezes acontecia. Era uma criança alegre e a sua vida não era diferente da dos seus amigos. Até ao dia do acidente. Henry não vira a bicicleta que, descontrolada, vinha na sua direcção. O rapaz que a guiava não conseguiu desviar a trajectória e a bicicleta foi embater contra ele, derrubando-o. Pouco depois, o desafortunado Henry jazia na rua, sem sentidos. A queda fizera-o bater com a cabeça no chão e deixara-o inconsciente. E assim permaneceu durante cinco minutos, cinco demorados e angustiantes minutos. Quando recuperou os sentidos apresentava algumas feridas na face e um pequeno hematoma na cabeça, mas nada mais. Parecia estar tudo bem. Aparentemente, aquilo que se poderia antever como um drama não passara de um grande susto.

* Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. ✉ jcmelo4@gmail.com.

a) Baseado num trabalho apresentado oralmente no 6º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, que teve lugar em 27 e 28 de Fevereiro de 2015.

Ainda assim, seria do mais elementar bom senso realizar-se uma observação médica cuidadosa, e foi isso o que de facto aconteceu. William Scoville e Brenda Milner, que em 1957 escreveram um artigo sobre o caso¹, confirmaram que as várias observações se revelaram normais e que os exames radiológicos não mostraram alterações. Foram ainda realizados vários electroencefalogramas, sempre com traçados dentro dos parâmetros da normalidade. Tudo estava bem, portanto. E assim continuou, pelo menos durante um ano, pois quando estava com dez anos algo de anormal começou a acontecer. De início esporadicamente, mas depois com uma frequência crescente, Henry foi sendo acometido por convulsões que se foram tornando progressivamente mais graves e incapacitantes, apesar da medicação instituída.

Henry sofria agora de uma epilepsia, um caso grave de epilepsia resistente à terapêutica. As crises eram muito frequentes e foram deixando marcas: Henry passou a ser uma criança diferente, frágil e sozinha. Os estudos começaram a ser prejudicados e ele teve de mudar de escola. Desistiu do sonho de vir a ser electricista como o pai, mas acabou por conseguir concluir o ensino secundário. Tinha nessa altura já 21 anos e uma vida muito sofrida.

Já adulto, e obrigado a deixar de trabalhar por causa das crises e das perdas de consciência repetidas, decidiu, com a colaboração da mãe, consultar o Dr. William Scoville, uma reconhecida autoridade na matéria. Este neurocirurgião tratou-o com todas as medidas terapêuticas disponíveis na época, mas os resultados revelaram-se ineficazes e desanimadores. Por isso, acabou por propor uma terapêutica ci-

rúrgica como medida de último recurso para tratar a epilepsia e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Assumida a ideia vigente de que era na profundidade dos lobos temporais que tinham origem a maioria dos focos epiléticos, a intervenção consistiria em remover, de ambos os hemisférios cerebrais, uma zona de tecido que compreendia a parte interna dos lobos temporais e incluía o hipocampo e as áreas adjacentes.

Como última esperança, Henry e a mãe concordaram com a operação e esta acabou por ser levada a cabo em 1953, aos seus vinte e sete anos.

Embora não tivesse feito desaparecer as crises, a cirurgia atenuou a sua gravidade e reduziu a sua frequência, e nesse sentido foi bem sucedida.

Mas foi essa mesma cirurgia a causa de um novo e trágico problema, uma perda devastadora na vida deste homem: Henry Molaison perdeu a memória!

Scoville, consternado, recorreu à ajuda de Brenda Milner, uma neuropsicóloga canadiana com vasta experiência em problemas de memória, para, em conjunto, investigarem o caso.

Da colaboração de ambos surgiu o artigo a que atrás me referi e nasceu “H.M.”, provavelmente o mais estudado e mais célebre paciente da História das Neurociências.

Estudaram as funções mentais de Henry Molaison, agora “H.M.” para preservar a sua privacidade, e concluíram que tanto a inteligência quanto outras funções cognitivas, como a linguagem, tinham ficado preservadas, a despeito de a memória ter ficado afectada. Mas se é certo que a memória ficou, de facto, grave-

mente afectada, ela não ficou completamente comprometida. Henry continuou a conseguir recordar-se de muitos dos factos e acontecimentos ocorridos antes da cirurgia e era capaz de reter novas experiências durante alguns segundos, os suficientes para conseguir construir raciocínios até de alguma complexidade. Mas tornou-se incapaz de recordar tudo o que entretanto lhe foi acontecendo após a cirurgia. Não conseguia recordar-se de nada: pessoas que vira e com quem falara vezes sem conta não faziam parte do seu mundo, pois quando voltava a encontrá-las era como se estivesse a vê-las pela primeira vez. Eram estranhos, pura e simplesmente. Esquecia-se dos locais por onde passava, deixava de os conhecer mesmo que fossem os quartos da casa onde vivia. Após uma refeição, por exemplo, não conseguia lembrar-se do que tinha comido nem sequer do facto de ter comido. A memória que guardava do seu rosto era a da juventude pelo que, já com mais idade, não se reconhecia ao espelho. Mantinha, todavia, o bom humor e, em várias ocasiões, uma presença de espírito notável. Convidado a comentar o que sentia quando se via ao espelho, dizia: “Já não sou um rapaz”. Noutras alturas, tendo consciência do seu défice, pedia desculpa às pessoas que o abordavam por não as reconhecer. “Estou com alguns problemas com a minha memória”, justificava.

Brenda Milner concluiu que estavam preservadas uma memória de curto prazo e a chamada memória retrógrada, isto é, aquela que se refere ao período anterior à cirurgia. A forma afectada, como já vimos, foi a relativa às experiências posteriores à cirurgia e é chamada memória anterógrada.

Todas estas memórias têm em comum o facto de a sua evocação ser consciente, e constituem, no seu conjunto, a chamada “memória explícita”.

A *memória explícita* é aquela que, no sentido comum, é considerada a memória propriamente dita e pode ser considerada factual (ou semântica) e autobiográfica (ou episódica). Reproduzir uma informação que foi “fixada” consiste em evocá-la, em lembrarmo-nos ou recordarmos essa informação. Conseguimos trazer à consciência aquilo que “fixámos”.

A memória semântica refere-se a factos, daí chamar-se também factual. Consideremos alguns exemplos: a Torre Eiffel fica em Paris; Darwin foi um cientista; Barak Obama é o actual Presidente dos Estados Unidos da América. Estes são factos que, como tantos outros, estão gravados na nossa memória, como se de uma enciclopédia se tratasse. O significado das palavras, a categorização dos objectos e os múltiplos conhecimentos que temos do mundo são outros exemplos.

A memória episódica refere-se a episódios ou vivências pessoais, daí também denominar-se autobiográfica. Todas as experiências que nos aconteceram, todas as situações que vivenciámos e de que nos conseguimos lembrar constituem este tipo de memória. São memórias pessoais, subjectivas, únicas em cada um de nós. Mas há uma outra forma de memória que em H.M. estava preservada, como descobriu Brenda Milner. Ela conseguiu-o através de uma experiência relativamente simples. A tarefa proposta consistia em desenhar o contorno de uma estrela fazendo um traço no intervalo entre duas linhas que a delimitam.

Esta tarefa é muito fácil apenas na aparência, na medida em que o sujeito não pode olhar directamente para o desenho que está a fazer, sendo-lhe permitido fazê-lo apenas através do seu reflexo num espelho. De facto, ela é difícil para qualquer pessoa e requer muita prática até o seu desempenho ficar apurado. A repetição leva ao aperfeiçoamento, como se com cada ensaio ficasse memorizado como fazer na vez seguinte.

Cada nova tentativa de Henry permitia-lhe realizar o exercício com mais facilidade e perícia, de modo que ao fim de várias repetições já o conseguia na perfeição.

O que esta experiência mostrou foi que Henry conseguiu aprender a tarefa através da prática, isto é, conseguiu “memorizar” como o fazer mesmo sem se recordar das tentativas prévias.

Esta é uma memória diferente daquelas que referi atrás: é uma memória não consciente, que é recuperada não através da evocação consciente, como acontece na recordação, mas através do comportamento, de “como fazer”.

Esta foi uma descoberta de grande alcance, como mais adiante perceberemos, mas a existência deste tipo de memória havia já sido constatada por Édouard Claparède. Antes de cumprimentar a doente, o médico colou na palma da própria mão um piónés. O seu intuito, não restavam dúvidas a esse respeito, era picar a doente quando a cumprimentasse e lhe apertasse a mão.

Não se tratava, porém, de uma brincadeira. Na verdade, a situação fazia parte de uma experiência de carácter científico que o médico, Édouard Claparède, pretendia levar a cabo. Embora os seus interesses estivessem sobretudo voltados para o desenvolvimento infantil e

para as suas implicações na educação, o problema daquela doente constituía um desafio deveras interessante. O quadro clínico era o de uma síndrome de Korsakoff, com o seu característico compromisso da memória.

Todos os dias Claparède a cumprimentava e todos os dias ela se esquecia dele. Era como se nunca o tivesse visto antes, lidando com ele como com um qualquer estranho que estivesse a ver pela primeira vez.

Naquele dia, o comportamento da doente face à picada nada teve de inesperado: ela reagiu como qualquer outra pessoa, com dor e desagrado. O interessante do caso foi o que aconteceu depois. Tendo em conta que ela nunca se lembrava de acontecimentos passados, seria de esperar que no dia seguinte cumprimentasse o seu médico com a naturalidade de todos os dias, isto é, como se estivesse a vê-lo pela primeira vez.

Mas não foi isso que aconteceu. Ao vê-lo, ela simplesmente recusou cumprimentá-lo! Não conseguiu arranjar uma justificação convincente, mas mesmo assim manteve a recusa.

Apesar de não se lembrar de ter sido picada por aquele homem, ela “sabia”, ou melhor, algo nela sabia que, de algum modo, ele constituía uma ameaça, ainda que não soubesse explicar porquê.

Hoje sabemos-lo, mas na altura não existiam conhecimentos suficientes para interpretar o sucedido, pois o facto deu-se há cerca de um século. Mas o relato do caso feito por Claparède em 1911 é², sem dúvida, ilustrativo de uma manifestação do tipo de memória que viria a ser denominada implícita.

Apesar de a doente não ter de todo conseguido recordar-se da experiência de ter sido picada, o

seu comportamento posterior evidenciou duas coisas: a primeira foi que a experiência ficou registada e a segunda foi que essa mesma experiência foi reproduzida não como uma evocação consciente (uma recordação, portanto), mas como um comportamento. Ora, é isto justamente que caracteriza aquilo que se designa como *memória implícita*.

Este tipo de memória manifesta-se, portanto, não como uma recordação de algo vivido mas como uma reacção emocional, um desempenho ou um comportamento.

Mas para uma mais clara compreensão da relação entre a memória implícita e os processos inconscientes descritos pela Psicanálise, o que é mais relevante é um conjunto de aspectos que têm sido referidos, designadamente por Mauro Mancia³, com a expressão “memória emocional e afectiva”. Os aspectos referidos compreendem fantasias, sentimentos e comportamentos que caracterizam padrões de reacção a diversas situações.

Logo após o nascimento, o bebé começa a interagir com o seu ambiente e a estabelecer as primeiras relações interpessoais, e o que a investigação comprovou foi que os bebés são capazes de demonstrar recordações de experiências na forma de aprendizagem comportamental, perceptível e emocional com as quais vão interagindo com os outros e com o meio ambiente⁴.

Quando a memória implícita é reactivada no futuro, não apresenta um sentido do Eu, do tempo ou de algo a ser recordado, mas simplesmente a experiência mental do comportamento, da percepção ou da emoção.

O armazenamento em memórias implícitas não depende de áreas especializadas e especí-

ficas como acontece com as explícitas. Nestas, como já vimos, o hipocampo e, posteriormente, certas zonas do córtex são as áreas fundamentais para a sua consolidação.

Nas memórias implícitas, é apenas nos circuitos que se ativam aquando de reacções emocionais, desempenhos motores e perceptivos e comportamentos que elas ficam armazenadas. As estruturas mais especialmente envolvidas são a amígdala (para a memória emocional), os núcleos da base e o cerebelo (para as memórias procedimentais), o córtex associativo e perceptivo (para o *priming*).

A reactivação desses circuitos determina, portanto, a repetição das mesmas reacções emocionais, desempenhos e comportamentos, sem que haja uma intervenção do córtex que leve à sua consciencialização.

Vejamo-lo melhor, com um exemplo simples.

Uma criança que tenha sido vítima de experiências repetidas de maus tratos por parte do pai, por exemplo, reagirá às mesmas com medo. Essa reacção é codificada em determinados circuitos nos quais fica armazenada. Mais tarde, mesmo já na idade adulta, reagirá também com medo ou sentir-se-á intimidada quando é confrontada com figuras de autoridade. Isto acontece porque a figura de autoridade funciona como um estímulo com similaridades com o pai da infância, estímulo esse que reactiva os circuitos que tinham sido activados aquando das primeiras experiências. Ao sentir-se agora intimidado, o adulto, em vez de se recordar das experiências infantis, repete as reacções que teve na altura, ou seja, a memória daquelas experiências não se manifesta como uma lembrança consciente mas

como um comportamento, no caso a reacção de medo.

Um outro mecanismo que nos ajuda a compreender a relação entre a memória e o Inconsciente é o *recalcamento*.

A capacidade para recordar tem os seus limites. Em condições normais não conseguimos trazer à mente consciente senão uma ínfima parte das experiências que vivenciámos, mas mesmo assim é o suficiente para um funcionamento mental normal e para as necessidades que a vida exige serem satisfeitas pela memória.

E há também os esquecimentos, que são aquelas dificuldades que por vezes sentimos quando não conseguimos evocar um facto, um nome ou uma situação.

“Onde é que pus a esferográfica?”; “Não me consigo lembrar do nome daquele filme”; “O que é que eu estava a dizer?”.

Os exemplos poderiam ser multiplicados, mas o leitor rapidamente se identificará com estas e tantas outras situações do tipo, tão comuns elas são.

Embora constituindo motivo de apreensão para pessoas mais dadas a preocupações, estes esquecimentos nada têm de patológico. São esquecimentos comuns, se assim me posso exprimir.

O mesmo não se pode dizer do recalcamento. Este mecanismo não é propriamente um esquecimento, no sentido de uma incapacidade para recordar. Ainda assim, e embora não deixe de ser uma incapacidade, há nela algo de particular e que a diferencia de um esquecimento comum. O que o recalcamento tem de próprio é que a referida incapacidade é moti-

vada, quer dizer, há uma motivação para não recordar. Esta motivação, entenda-se bem, não é consciente e o mecanismo em si também não é consciente. Além disso, a incapacidade não é definitiva nem irreversível.

De tudo isto já se tinha apercebido Freud numa altura em que a técnica psicanalítica era ainda incipiente. A hipnose tinha sido abandonada havia pouco tempo e Freud começava a pedir aos seus pacientes que exprimissem livremente tudo o que lhes ocorresse à mente: pensamentos, ideias, fantasias, mesmo que lhes parecessem irrelevantes, desagradáveis ou desprovidos de sentido. O objectivo era que pudessem tornar-se conscientes as representações que o não eram e que tinham um carácter patogénico. Várias situações e experiências que até então não tinham sido recordadas, acabavam por tornar-se conscientes, mas com outras isso não acontecia. Nem os esforços do paciente nem a insistência de Freud eram suficientes para que fossem recordadas certas experiências. Havia algo, algum obstáculo que o impedia, e a esse obstáculo Freud chamou resistência.

Foi-se tornando cada vez mais claro que em todas as situações em que se manifestava a resistência, as representações que eram impedidas de se tornarem conscientes eram de natureza aflitiva e capazes de provocar vergonha, autocensura e sofrimento.

A resistência foi então considerada por Freud como a manifestação clínica de uma defesa, processo psíquico pelo qual certas representações são mantidas fora da consciência, sendo o recalcamento uma forma específica de defesa. O recalcamento é então um mecanismo de defesa inconsciente, mas activo, que consiste em afastar e manter afastadas da consciência cer-

tas representações cujo significado produziria sofrimento se se tornassem conscientes.

Ao conjunto dessas representações que se tornaram inconscientes, Freud denominou recalçado e considerou-o o aspeto fundamental do Inconsciente.

Embora admitindo na constituição do sistema Inconsciente a existência de “formações mentais herdadas – algo semelhante ao instinto nos animais...” e de representantes pulsionais, Freud considerou que as representações recalçadas (o recalçado) eram o que especificamente caracterizava o Inconsciente no seu aspecto dinâmico⁵, aquele que, no fundo, é entendido pela Psicanálise como o Inconsciente propriamente dito.

Foi por isso que, quando divulgou a “História do movimento psicanalítico”, Freud afirmou: “A teoria do recalçamento é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da Psicanálise”⁶.

Este mecanismo evidencia-se claramente numa análise ou numa psicoterapia analítica e até é passível de ser observado em situações da vida quotidiana quando para elas olharmos e o procuramos.

Mas para uma abordagem crítica da questão, o recalçamento (e a sua própria existência como facto científico) é algo muito discutível se não for comprovado experimentalmente.

Ainda que este ponto de vista seja, ele próprio, discutível, torna-se pertinente tomar em conta algumas abordagens experimentais que têm sido levadas a cabo.

Uma delas, descrita por Ramachandran num artigo que publicou em 1994, ilustra de forma muito clara o processo que tenho vindo a discutir⁷.

O caso referido é o de uma mulher de 76 anos, internada por uma lesão cérebro-vascular que uma ressonância magnética localizou no córtex parietal e que envolvia também núcleos do tálamo direito e a cabeça do núcleo caudado. Clinicamente apresentava hemiplegia esquerda e negligência: a doente negava a evidência de que o seu braço esquerdo estava paralisado, como, aliás, é típico neste tipo de lesões. Afirmava que estava tudo bem com o seu braço esquerdo, que ele tinha tanta força como o direito e quando lhe era pedido que o movesse respondia que não o fazia porque não lhe apetecia. No dia seguinte a esta observação afirmou inclusivamente que o braço não lhe pertencia, que era o do filho.

A convicção das suas respostas era inabalável. Quer afirmasse que o braço era seu e que não apresentava nenhum défice quer admitisse que aquele braço era o do filho, a convicção era a mesma. E embora houvesse contradição nas duas versões, o ponto em comum e o facto subjacente é que ela negava o problema que tinha. Não estava a mentir nem a fingir nem a enganar os médicos, estava simplesmente em denegação, um mecanismo de defesa inconsciente que consiste na recusa em admitir a existência de aspectos da realidade.

Perante este quadro, Ramachandran decidiu fazer um teste a fim de pesquisar aspetos específicos relacionados com a memória, que até então nunca tinham sido directamente estudados numa base sistemática.

Para o efeito administrou 10 ml de água gelada no ouvido esquerdo da doente até provocar nistagmo e entrevistou-a de novo. Vejamos um excerto da entrevista:

“Ramachandran: *Sente-se bem?*

Paciente: *O meu ouvido está muito frio, mas de resto estou bem.*

R.: *Consegue mexer as suas mãos?*

P.: *Consigo mexer o braço direito, mas não o esquerdo. Tento mexê-lo mas não consigo.*

R.: *De quem é este braço?* (apontando para o esquerdo)

P.: *É meu, claro.*

R.: *E consegue mexê-lo?*

P.: *Não, ele está paralisado.*

R.: *Há quanto tempo está paralisado?*

P.: *Há vários dias* (tinha ficado paralisado duas semanas antes).”

Passadas oito horas foi feita nova entrevista à doente, desta vez por outro médico:

“Médico: *A senhora consegue andar?*

Paciente: *Consigo.*

M.: *Consegue mexer os seus braços?*

P.: *Sim, consigo.*

M.: *E consegue mexer o seu braço esquerdo?*

P.: *Consigo.*

M.: *Esta manhã dois médicos estiveram consigo e fizeram-lhe algo. Lembra-se?*

P.: *Sim. Eles puseram água no meu ouvido. Estava muito fria.*

M.: *Lembra-se de eles lhe terem feito perguntas sobre os seus braços e de lhes ter respondido? Lembra-se do que lhes disse?*

P.: *Não, o que é que eu lhes disse?*

M.: *O que é que pensa que disse? Tente lembrar-se.*

P.: *Eu disse que tudo estava bem com os meus braços.”*

O que Ramachandran começou por concluir foi que, num nível mais profundo, ela tinha

conhecimento da sua paralisia mas que depois “recalçou” esse conhecimento.

Esta observação permitiu perceber que as memórias podem ser selectivamente retiradas do conhecimento consciente, isto é, podem ser recalçadas.

E embora tivesse admitido ser prematuro retirar conclusões definitivas, assumiu que estes achados são suficientemente importantes e sólidos para servirem como ponto de partida para empreender esforços em mais larga escala com vista a compreender melhor o fenómeno.

O pano de fundo onde se tecem os processos e as relações entre o recalçamento e o Inconsciente é, portanto, a própria memória.

Já vimos que para Freud o Inconsciente dinâmico se identifica com o recalçado: aquilo que constitui uma parte importante do sistema Inconsciente e que caracteriza o funcionamento psicodinâmico da mente é o conjunto das representações que foram recalçadas.

E se perspectivarmos esta questão em termos da memória, aquilo que poderemos entender é que as representações recalçadas correspondem à memória autobiográfica e não a outros tipos de memória, o que acabará por ter implicações sobre a forma como se tem encarado o recalçamento e a sua relação com o Inconsciente.

Para melhor o entendermos, voltemos um pouco atrás a fim de percebermos mais em pormenor as concepções de Freud sobre o recalçamento. No artigo “O Inconsciente” a ideia que defendeu foi que o processo ocorre “na fronteira” entre os sistemas Inconsciente e Pré-Consciente, o que pressuporia a existência prévia daqueles sistemas. Mas Freud afirmou

também que é o recalçamento que forma o Inconsciente e que produz a divisão do psíquico em sistemas, entrando, pois, em contradição.

Ficamos assim perante um paradoxo, que Freud resolve ao conceber uma outra fase, anterior, de recalçamento, passando desse modo a considerar um recalçamento propriamente dito (ou secundário) e um recalçamento originário (ou primário). O recalçamento originário operaria então quando ainda não existe um Inconsciente enquanto sistema (o recalçado) mas apenas funções inconscientes.

Introduzindo uma perspectiva inovadora, Mauro Mancia reviu esta questão e articulou-a com os sistemas explícito e implícito da memória^{3,8}.

A ideia básica é a de que o que é recalçado são representações que fazem parte da memória explícita, e mais particularmente, da memória autobiográfica. E são essas que são recuperadas e evocadas conscientemente no processo analítico. São, por outro lado, memórias que, para se consolidarem, requerem a integridade e a maturidade neurológica do hipocampo que, como sabemos, só ocorre por volta dos dois ou três anos de idade.

A questão que podemos então colocar é o que é que acontece antes dessa idade. Freud havia já admitido que “há uma classe de experiências da maior importância para a qual nenhuma memória poderá, em regra, ser recuperada”⁶.

A própria Psicanálise foi-se encarregando de, ao longo dos tempos, salientar e valorizar a importância das experiências precoces. Essas experiências, como sabemos, não poderão ser evocadas conscientemente mas ficam “fixadas” na memória, mais concretamente

passam a fazer parte da memória implícita, condicionando a vida afectiva, emocional, cognitiva e sexual e manifestam-se nos fenómenos transferenciais.

Estas experiências precoces organizam-se em circuitos neuronais que constituem a memória implícita e contribuem, de acordo com a concepção de Mancia, para a formação de um “núcleo inconsciente precoce não recalçado”. Esta formulação, que leva em conta a importância da memória implícita, expandiu e clarificou o conceito de Inconsciente e constitui um valioso contributo para preencher uma lacuna na concepção que Freud tinha construído.

É de salientar também a contribuição de Melanie Klein que, num tempo em que ainda não tinham sido desenvolvidos os conceitos sobre memórias implícitas, já falava de “*memories in feelings*”, ou seja, memórias que se manifestam como sentimentos e não como recordações que se evocam conscientemente.

Num processo analítico, as memórias inconscientes são actualizadas e revividas mas não evocadas conscientemente.

As reacções transferenciais são disso exemplo: facilitadas pela regressão e de certo modo condicionadas por um contexto em que se revivem experiências infantis, estas reacções constituem no fundo como que uma repetição do que foi vivido, sem uma concomitante evocação consciente dessas vivências.

Isso mesmo tinha dito Freud quando afirmou que na transferência o paciente repete em vez de recordar.

Até há pouco tempo pensava-se que as memórias antigas, uma vez constituídas, permaneciam inalteradas.

Mas, investigações recentes sugerem que o que acontece de facto é outra coisa: no momento em que se dá uma reactivação dessas memórias, elas entram num estado denominado “memória em estado lábil”, no qual a antiga “inscrição” é modificada pela experiência actual, dando-se uma “reinscrição” com agregados de novos elementos da situação actual que não estavam presentes na situação original⁹⁻¹¹. Esta teoria da memória, que se denomina de “reconsolidação”, estabelece que as memórias antigas sofrem um processo de reinscrição no momento em que são reactivadas: a experiência actual reestrutura a anterior e confere-lhe um significado que antes não tinha, não se tratando, portanto, duma simples agregação. É interessante notar que as investigações que estão na base destes modelos confirmam experimentalmente o conceito de Freud de “posterioridade”.

Laplanche e Pontalis tornaram mais claro o conceito uma vez que o próprio Freud não o sistematizou de forma didáctica: certas experiências (nomeadamente traumáticas), no momento em que foram vividas, não puderam integrar-se num contexto significativo¹², isto é, foram vividas mas não foram dotadas de significado. Mais tarde (pelo aparecimento de outras experiências que evocam, por associação, a primeira), o indivíduo pode ter acesso a um novo tipo de significações e à reelaboração das suas experiências anteriores.

Percebe-se assim que num processo analítico não basta recordar. É necessário reviver emocionalmente as experiências antigas num contexto diferente (digamos como Winnicott, um ambiente sustinente e “suficientemente bom”), com novos objectos (o analista e os ou-

tros elementos do grupo, no caso da Grupanálise), de modo a que estes sejam “agregados” à experiência infantil agora revivida, de modo a modificar o significado dessa experiência.

Henry Molaison nunca chegou a sabê-lo, mas legou-nos um contributo inestimável para a compreensão de todos estes mecanismos.

Nos primeiros anos a seguir à cirurgia viveu com os pais e, após a morte do pai, em 1967, ficou só com a mãe, acabando por se mudarem os dois, sete anos depois, para casa de uma familiar, uma enfermeira psiquiátrica, que cuidou de ambos. Depois de a mãe ter morrido foi viver para uma instituição. Ocupava o tempo vendo televisão, fazendo palavras cruzadas, e pouco mais. Conseguia também levar a cabo pequenas tarefas como fazer a sua cama, confeccionar algumas refeições e trabalhar no jardim.

Tinha, além daquelas, uma outra actividade ainda: colaborava em pesquisas científicas em que o objecto do estudo era ele próprio. H.M. foi exaustivamente estudado. Ele era um autêntico laboratório vivo. Foram-lhe aplicados inúmeros testes, foi submetido a incontáveis experiências, e a sua atitude era sempre de colaboração, de uma generosa e simpática colaboração.

Ao longo da sua vida foi estudado por mais de cem cientistas e foi protagonista de centenas e centenas de artigos.

Durante décadas, a já nossa conhecida Brenda Milner viajou para o estudar: de cada vez que se deslocava do Canadá, onde vivia e trabalhava, percorria mais de 400 quilómetros de comboio. E de cada vez que a via, para Henry era sempre a primeira vez.

Ele era, nas palavras da cientista, “um homem muito gracioso, muito paciente, sempre dispo-

to a cumprir as tarefas que eu lhe pedia. E ainda assim, sempre que eu entrava na sala, era como se nunca nos tivéssemos encontrado”.

Henry Molaison nunca soube, mas a verdade é que 55 anos da sua vida foram dedicados à ciência, numa colaboração sempre pronta, sempre disponível.

Tinha 82 anos quando nos deixou. Foi no dia 2 de Dezembro de 2008. O seu contributo para o estudo da memória foi inestimável, apesar de nunca o ter sabido.

Numa declaração citada no obituário do Financial Times de 13 de Dezembro de 2008 (assinada por Jurek Martin), Susan Corkin, colaboradora de Brenda Milner, revelou que está a escrever um livro sobre H.M., ou melhor, sobre Henry Molaison, porque ele “era como um membro da família”. E acrescentou: “Talvez as pessoas pensem que é impossível ter um relacionamento com alguém que não nos reconhece, mas eu tive.”¹³.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The author have declared no external funding was received for this study.

BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Scoville W, Milner B. Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesion. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 1957; 20:411–21.
2. Le Doux J. O cérebro emocional – As misteriosas estruturas da vida emocional. 1ª edição. Cascais: Editora Pergaminho. 2000.
3. Mancia, M. Implicit memory and unrepressed unconscious: how they surface in the transference and in dreams. *Psychoanalysis and neuroscience.* Milan: Springer. 2006
4. Siegel DJ. A mente em desenvolvimento – para uma neurobiologia da experiência interpersonal. Lisboa: Instituto Piaget. 2004.
5. Freud S. As pulsões e suas vicissitudes. Textos essenciais da psicanálise Vol. I. Mem Martins: Publicações Europa–América. 1989.
6. Freud S. A história do movimento psicanalítico: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1969.
7. Freud S. O Inconsciente. Textos essenciais da psicanálise Vol. I. Mem Martins: Publicações Europa–América. 1989.
8. Mancia M. Feeling the words – neuropsychanalytic understanding of memory and the unconscious. 1st edition. London: Routledge. 2007.
9. Nadel L, Land C. Memories traces revisited. *Nat Rev Neurosci.* 2000; 1(3): 209–12.
10. Nader K, Schafe GE, LeDoux JE. (2000) – “The labile nature of consolidation theory”. *Nat Rev Neurosci*, 1(3), 216–19.
11. Sara SJ. Strengthening the shaky trace through retrieval. *Nat Rev Neurosci.* 2000; 1: 212–13.
12. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. Lisboa: Moras Editora. 1985.
13. Corkin S. What’s new with amnesic patient H.M.?. *Nat Rev Neurosci.* 2002; 3: 153–60.