

Alterações de personalidade no processo de tomada de decisão: caso clínico de paciente com encefalite por HIV com lesão ventro-mesial

*Maria Cristina Rosenthal**

*Claudinei Affonso***

Resumo

Estudos sobre pacientes com lesões cerebrais têm oferecido subsídios para se compreender a fisiopatologia de distúrbios mentais e de personalidade. Antônio Damásio, em O erro de Descartes, discute a importância de se superar a dicotomia mente-corpo / razão e emoção, focalizando seus estudos na compreensão dos complexos processos funcionais envolvidos nas tomadas de decisão do cotidiano. Toma como paradigma o caso de Phineas Gage, que sofreu lesão cerebral que não atingiu a linguagem, motricidade ou inteligência, mas levou a perturbações profundas em seu comportamento nos processos de tomada de decisões e adaptação social. Nosso objetivo é apresentar o caso de um paciente com diagnóstico de encefalite e lesão ventro-mesial, analisando-o do ponto de vista neuropsicológico e de personalidade. Instrumentos: provas envolvendo funções corticais superiores; entrevistas com o paciente e esposa. Conclusão: relativa preservação de funções cognitivas e, em contraste, alterações importantes em comportamento no ambiente doméstico, profissional e social. A presença de mudanças de personalidade conseqüentes a lesões ventro-mesiais nos oferece elementos importantes para se compreender melhor a necessidade de uma consonância razão-emoção nos processos de tomada de decisão baseados em metas e valores a longo prazo.

Palavras-chave: lesão ventro-mesial; alteração de personalidade; funções executivas.

* Assistente-Mestre da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; doutora em Psicologia Clínica. E-mail: siguicris@uol.com.br

** Docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; mestre em Psicologia Clínica. E-mail: claudineiaffonso@uol.com.br

Abstract

Patients with brain lesion have been offering subsidies for us to understand the physiopathology of mental and personality disorders. Antônio Damásio, in Descartes' error, discusses the importance of overcoming the dichotomy between body and mind/emotion and reason, focusing his studies on the understanding of the complex functional processes involved in daily decision making processes. He bases himself on the case of Phineas Gage, who suffered a brain lesion which did not affect language, motor functions or intelligence, but led to deep behavior disorders regarding decision making processes and social adaptation. Our aim is to present the case of a patient with a diagnosis of encephalitis and ventral-mesial lesion, analyzing it according to the concepts of neuropsychology and personality. Instruments: tests involving higher cortical functions and interviews. Conclusion: There is preservation of the cognitive functions and, in contrast, an important alteration in the domestic, professional and social behavior. Personality changes related to ventral-mesial lesions offer important elements for a better understanding of the need for consonance between reason and emotion in daily decision making processes based on long-term goals and values.

Keywords: *ventral-mesial lesion; personality alterations; executive functions.*

INTRODUÇÃO

A questão da integração emoção-razão / mente-corpo surgiu a partir de estudos com pacientes que sofreram lesões na área frontal ventro-mesial, os quais estavam preservados com relação aos instrumentos necessários para um comportamento racional, seja, atenção, memória, linguagem e raciocínio lógico, sensitivo-motoras; mas, ao mesmo tempo, tais indivíduos apresentavam problemas importantes no âmbito pessoal e social, associadas a profundas alterações na personalidade. Damásio (1996), um dos primeiros estudiosos desse tema, em seu livro *O Erro de Descartes*, reestuda o caso Phineas Gage, publicado em 1848 por Harlow (Harlow, 1848, apud Damásio, 1996) tomando-o como paradigma para ilustrar que *comportamento racional e emoção são ambos essenciais para o funcionamento normal dos processos cognitivos, particularmente aqueles envolvendo tomadas de decisão e de resolução de problemas do cotidiano.*

Tratava-se de um acidente de trabalho ocorrido com o capataz de uma empreiteira ocorrido em Vermont, Estados Unidos, o qual foi bastante divulgado na época, pois surpreendia pelas suas conseqüências. Phineas

Gage, com 25 anos nessa ocasião, tinha a função de preparar explosivos para abrir uma estrada de ferro na região. Era bastante atencioso, habilidoso e responsável nos procedimentos e cuidados que estavam envolvidos em seu trabalho. Entretanto, por um descuido de um de seus ajudantes, ocorreu um problema no preparo do material, ocorrendo uma explosão durante a qual um pedaço de ferro entrou pela sua órbita esquerda e transpassou o cérebro saindo pelo lobo frontal direito. O que causava perplexidade era o fato de Phineas Gage, apesar do grave ferimento cerebral, continuar deambulando e mesmo falando com as pessoas que o acudiram, mantendo-se consciente e lúcido. Algum tempo depois, todavia, foi possível verificar que haviam ocorrido *alterações* importantes no seu funcionamento social e profissional. Harlow, o neurologista que o acompanhou na época, publicou o caso, e posteriormente retirou seu cérebro mantendo-o em um museu.

Em 1994, Damásio, Galaburda e outros neurocientistas (Damásio et al. 1994) fizeram uma revisão desse caso apoiando-se em técnicas computacionais que lhes permitiram ressituar as coordenadas relativas ao local da lesão sofrida por Phineas Gage, e assim substanciar as mudanças de personalidade observadas.

O que parecia, na época, à primeira vista, era que a lesão cerebral não afetara suas em nada suas funções cognitivas básicas, como atenção, memória e linguagem ou motricidade. Todavia, ao longo do tempo, foram se delineando mudanças muito importantes na personalidade e no processo de tomada de decisões. Ou seja, antes do acidente, era uma pessoa metódica, sistemática, capaz de programar com precisão e eficiência toda uma seqüência de passos necessários para executar operações que envolviam perigo, como era o caso dos explosivos com que trabalhava. Líder, tinha facilidade de relacionamento social, profissionalmente era admirado pelos colegas. Aproximadamente dois meses depois do acidente, passou a ser irresponsável, agressivo, beligerante; deixou de ser moderado, astuto e tornou-se caprichoso, vacilante, imaturo. Como conseqüência, perdeu o emprego, não conseguia se fixar em nenhuma atividade, passando então a viver como atração de circo. Seus princípios éticos anteriores eram constantemente violados e suas decisões não levavam em conta interesses a longo prazo; ficava à mercê de desejos imediatos. As áreas

envolvidas pela lesão, segundo a imagem virtual criada pelo computador, envolviam a região pré-frontal ventro-mediana, ou órbita frontal.

O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso de paciente com alterações lesionais atingindo principalmente área frontal ventro-medial e com configuração neuropsicológica, psicopatológica e de personalidade semelhante ao perfil de Phineas Gage.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Ética: ao final do processo de investigação psicológica, foi feita entrevista de devolução ao paciente e sua esposa. Nessa ocasião, a psicóloga consultou o casal quanto à possibilidade de se fazer um relato de caso com a perspectiva de este ser veiculado sob forma de um artigo. Frisou-se a obrigação do profissional de preservar o sigilo sobre a identidade e os dados pessoais, assim como o direito do paciente e esposa de recusarem a proposta. Certificando-se de um entendimento apropriado sobre a questão ética, a psicóloga apresentou um termo de consentimento informado, o qual foi assinado pelo paciente e esposa.

Dados sobre histórico de vida

Trata-se de um homem de 35 anos, casado, trabalhando na área de propaganda e publicidade, que foi encaminhado para exame devido à presença de problemas de personalidade e de adaptação no âmbito doméstico e profissional sequelares a quadro de encefalite por HIV.

Em maio de 1997, o paciente começou a apresentar alguns sintomas como “tonturas ao acordar” (sic esposa), que foram tratados como se fossem associados a anemia e depois bronquite asmática. Em seguida, iniciaram-se problemas de memória, interpretados pelos médicos como conseqüentes ao uso de medicação para a asma. Seis meses após, apareceu um quadro febril associado a uma infecção nas vias urinárias; nessa época, a esposa observou que o marido estava ficando cada vez mais *indiferente, apático, com dificuldade de tomar iniciativa para qualquer atividade. Apresentava também dificuldade na marcha – descrita como ocorrendo*

em bloco – além de descontrole esfinteriano. Em fevereiro de 1998, foi diagnosticado quadro agudo de encefalite e detectada a presença de HIV. Nessa época, recebeu medicação anti-viral e orientação para manutenção do tratamento por um infectologista, que o encaminhou para acompanhamento neurológico.

Não havia nada digno de nota quanto ao desenvolvimento motor e da fala. Desde pequeno, sempre fora bastante agitado, líder nas brincadeiras e esportes grupais e benquisto pelos colegas e amigos. Quanto à vida acadêmica, tinha facilidade na área de humanas. Cursou faculdade de Propaganda e Marketing; desde os 22 anos até o início de sua doença trabalhava em uma empresa na área. Era responsável por toda a organização do material gráfico das campanhas, assim como pelo contato com firmas para novos contratos, negociações e vendas. Socialmente bastante ativo, sempre foi brincalhão, bem humorado, mas às vezes impetuoso e impaciente.

Dos exames médicos realizados em fevereiro e julho de 1998, observou-se liquor e tomografia computadorizada normais. Foram obtidos dados sobre exame por Ressonância Magnética Nuclear, feita em julho de 1998, e descrita comparativamente ao exame de junho de 1998:

Extensa área de hiperperfusão com sinal hiperintenso em T2 e isointenso em T1, acometendo difusamente a substância branca de ambos hemisférios cerebrais, predominando nas regiões frontais se estendendo às coroas radiadas, capsula interna, mesencéfalo e base pontina bilateral e simetricamente, com distribuição semelhante. Os sinais de redução volumétrica encefálica não se alteraram significativamente. Impressão: controle clínico da encefalopatia praticamente inalterado desde o último exame. No contexto clínico do paciente imuno-comprometido, encefalite por HIV deve ser a primeira consideração diagnóstica, admitindo-se o diagnóstico diferencial com outras etiologias viróticas e afecções desmielinizantes.

Avaliação neuropsicológica e de personalidade: foram realizados exames neuropsicológicos sequenciais em dois momentos: em outubro de 1998, quando apresentava baixo tônus atencional e alterações na marcha, dificuldade de iniciativa e de deglutição, entre outros. O segundo exame foi realizado em outubro de 1999, quando já havia estado sob tratamento de reabilitação fonoaudiológica e neuropsicológica; neste, basicamente

observou-se melhora das alterações do tônus atencional, volição e movimento, mas, por outro lado, foram evidenciados prejuízos importantes na área da adaptação social e doméstica.

Primeira avaliação: oito meses após o quadro agudo

Funções atencionais: o alerta, a vigília e amplitude atencional estavam prejudicados – “*está sempre sonolento boceja toda hora, parece que se cansa logo*” (sic esposa). A capacidade de *sustentação da atenção na atividade em andamento* estava prejudicada devido às variações do *tônus atencional*, e também pela *distratibilidade*, de modo que não mantinha a atenção seletivamente dirigida ou em atividade envolvendo vários passos. Resultados quantitativos mostraram alterados em atividade de *seriação* envolvendo a atuação da memória operativa: não era capaz de manter uma sequenciação em tarefa de somas consecutivas (Ex. 1-4-7, etc.) – incorria em erros, perdendo mais de uma vez a programação dada na instrução. A *inibição ativa* de uma tendência firmemente estabelecida (leitura de uma série de palavras inseridas em retângulos) em prol de um programa novo (identificar as cores que coloriam as letras) era executada com diversos erros, situando-se muito abaixo do esperado.

Área sensitivo-motora: A esposa descrevia sua marcha como: “*parece um robô*”; tinha também dificuldade na deglutição e diminuição do tamanho dos elementos grafomotores. A micrografia foi observada nas atividades de escrita, de cópia de modelo geométrico (Figura de Rey) bem como no subteste Código, que requer a associação viso-motora rápida entre um dígito e um sinal. Além da esfera motora, eram observadas dificuldades no âmbito do planejamento e organização viso-espacial – no procedimento de cópia, e de sustentar mais prolongadamente a atenção – no subteste Código.

Linguagem: sem alterações na compreensão e expressão verbal, sintaxe e semântica. Seus resultados quantitativos nos subtestes que compõem o fator Compreensão Verbal do WAIS-R situaram-se na faixa média. Demonstrou vocabulário adequado, bem como habilidade em abstrair a gama semântica de conceitos (subteste Vocabulário); em expressar verbalmente sua opinião sobre preceitos e normas sociais (Compreensão); bem como

na abstração de categorias a partir de conceitos (subteste Semelhanças). Qualitativamente, todavia, observava-se presença de fadiga *intratarefa*, bem como necessidade de *ser estimulado constantemente* para desenvolver as frases, inicialmente muito lacônicas. Em situações nas quais não era diretamente estimulado por perguntas ou instruções diretas, tendia a manter-se quieto e apático.

Volição: *iniciativa* alterada, mesmo na higiene pessoal “*se deixa ele parado em um lugar, ele é capaz de ir ficando por lá...*” (sic esposa).

Praxias

- **Praxias construtivas:** no WAIS-R, teve resultados em torno da faixa média nos subtestes que compõem o fator Organização Perceptiva. Em Completar Figuras, em que devia apontar um elemento relevante e que faltava na cena apresentada, situou-se na média. Naqueles que requerem mais diretamente um planejamento, organização viso-espacial (com Cubos e Armar Objetos) ou varredura perceptiva ativa dos estímulos para se ordenar sequencialmente os eventos depictados (Arranjo de Figuras), teve mais dificuldade, situando-se na faixa médio-inferior.
- **Dirigir o carro:** sem dificuldade no que se refere à memória dos procedimentos sensório motores aprendidos e automatizados (como acelerar, breicar ou mudar as marchas) – ou seja, a memória denominada *procedural* estava preservada. No entanto, deve-se ressaltar que habilidades relacionadas ao ato de dirigir o carro no que diz respeito ao *autocontrole e mecanismos inibitórios* estavam alteradas: “*Parece não se preocupar com os faróis, toda hora leva multa, tenho que dizer toda hora que pode atropelar uma pessoa quando ele ultrapassa um sinal, ai ele ouve... mas faz tudo de novo*” (sic esposa).
- **Atividades da rotina quotidiana,** como a de realizar etapas de preparação sair de casa (higiene, vestir-se, alimentação): era extremamente lento; *necessitava um impulso para cada ação dentro de uma mesma atividade* e na passagem de uma para outra. Além disso, uma *distratibilidade* elevada o levava a interrupções frequentes na atividade em andamento. “*Quando vê a cachorrinha, a Didi, ele fica totalmente*

ligado nela... horas! Parece que esquece tudo que tava fazendo – precisa alguém mandá-lo continuar a tomar café, se vestir” (sic esposa).

Processos mnésticos: apresentava *amnésia lacunar* para fatos e eventos da época mais aguda da doença. A *memória anterógrada* – ou seja, para aprendizagem de informações novas – e a *retrógrada* – relativa a eventos da memória a longo prazo, anteriores à doença, estavam ambas preservadas. Resultados no subteste de Informação do WAIS-R, que envolve evocação de material aprendido acadêmica e culturalmente, a partir da memória a longo prazo, situaram-se na faixa média.

Os dados desse primeiro exame relacionam-se basicamente a dificuldades na esfera do manutenção do tônus atencional (sono freqüente, fadigabilidade rápida) e do movimento (problemas da iniciativa, marcha e deglutição, além da micrografia). Observavam-se também alterações mais significativas nas praxias do cotidiano, que envolvem mais diretamente as funções executivas, assim como de personalidade, mas que ficaram mais nítidas na segunda avaliação.

Segunda avaliação: um ano após o primeiro exame

Em um primeiro plano, observou-se *melhora do tônus atencional* (menor sonolência), da esfera *motora* geral (marcha, deglutição) e da *volição*, de modo que a iniciativa para execução de atividades mais complexas estava mais preservada.

O exame das funções *atencionais* ainda mostrava alterações nos processos de *seletividade-inibição*, bem como de *sustentação da atenção*, que, em seu dia-a dia, ainda não permitiam a efetivação dos passos na rotina de preparar-se para ir ao trabalho. Foi proposta a intervenção de um acompanhante terapêutico para auxiliá-lo nessa função. Nesse reteste, os resultados na esfera da linguagem continuavam preservados e semelhantes aos da testagem inicial, bem com memória e praxias construtivas.

Devido às queixas relacionadas às suas graves dificuldades no processo de volta ao trabalho e de adaptação ao ambiente doméstico e social em geral, o foco desse reexame foram as funções executivas (Royal, Lauterbach e Cummings, 2002) e de personalidade. Observava-se, paradoxalmente que:

ao mesmo tempo em que era perfeitamente capaz de *efetivar uma atividade de compra* – no caso, de um carro – que envolvia, dentre outras habilidades, o domínio da linguagem para argumentar com o vendedor sobre as possibilidades e forma do pagamento, em contrapartida *não percebia as conseqüências a médio e longo prazo de seu comportamento*. Seu comportamento era mais regulado pela recompensa imediata (obter o carro) do que por suas conseqüências no futuro (não ter condições financeiras de arcar com as despesas). Passou a comprar carros usados e antigos, de diferentes marcas, deleitando-se em colecioná-los. Em vista desse descontrole interno, a esposa viu-se obrigada, dentre outras atitudes, a utilizar *um controle externo* – ou seja, impedi-lo de usar o talão de cheques.

Outro aspecto que chamava muito a atenção no quadro era a *qualidade de despreocupação, quase indiferença, que o paciente mostrava quando era confrontado com suas dificuldades, limitações e as conseqüências destas em sua vida*. Era surpreendente seu comportamento ante situações que usualmente despertam *sentimentos de embaraço, vergonha ou temor: parecia que esses não encontravam um eco ou ressonância interna em seu interior*. O paciente era até capaz de *verbalizar e argumentar racionalmente sobre um determinado problema* – por exemplo, se a esposa teria ou não direito ou razão em impedi-lo de utilizar o talão de cheques. Também no subteste Compreensão (WAIS-R), seus resultados situaram-se na média, denotando conhecimento das regras e normas de comportamento social. O que causava perplexidade ao observador era a verificação de que o fato de esse indivíduo *concordar racionalmente com uma hipótese e de aceitá-la para si como verdadeira não significava que efetivamente pudesse regular sua atuação de acordo com essa proposição, nem corrigir seus erros ou falhas*. Uma *cegueira emocional* permeava seus *mecanismos executivos e de tomada de decisão*.

Por outro lado, como um contraponto, o funcionamento afetivo de sua esposa era exatamente o extremo oposto: angustiada, tensa, preocupada por verificar que não podiam pagar as dívidas contraídas e tentando a todo custo evitar que seu marido passasse por situações em que inadequações pudessem embaraçá-lo ou comprometê-lo social ou profissionalmente.

Uma ilustração dessa *dissociação entre a verbalização do paciente e seu comportamento efetivo e tomadas de decisão* pode-se fazer observando relatos do paciente e da esposa, em relação às áreas de: a) autopercepção e autocontrole; b) execução de atividades e comportamento no trabalho; c) controle sobre o comportamento e hábitos de compra compulsiva; d) crítica sobre o comportamento, ressonância afetiva sobre os problemas:

Autopercepção e autocontrole

Paciente: relata estar mais adequado e com boa percepção de si próprio: *“Estou mais compreensivo, tolerante... tenho mais consciência, pensei um pouco a mais, refleti um pouco... controlo o que quero”*.

Esposa: faz o papel de auto-regulador emocional, atuando como “lobo frontal externo” do marido: *“Depois que ele ficou mais ativo, outros problemas apareceram, tenho que ficar cuidando dele o tempo todo... fico todo o tempo preocupada com o que ele vai fazer; não consigo deixar de pensar no que as pessoas, os colegas, vão achar dele... as pessoas estão percebendo que o problema é muito mais pesado do que parece... e ele fica tão tranqüilo, e bravo comigo quando chamo sua atenção”*.

Execução de atividades e comportamento no ambiente de trabalho

Paciente: tranqüilo, refere estar tudo “normal” (sic). *“Tá... bom, tou legal no trabalho; vou marcando as reuniões com o pessoal pra resolver as coisas, só isso, tá tranqüilo”*.

Esposa: relata que ele não é capaz de atender a compromissos e apresenta comportamento inadequado: *“Ele marcou reunião e não foi – acordou, mas aí apareceu Didi – a nossa cachorrinha; ficou brincando com ela a manhã toda... vamos colocar alguém ajudando ele de manhã, pra ir dizendo pra ele não ficar parando toda hora; só eu falar, não adianta nada, a pessoa tem que ligar ele nas coisas”*.

Controle sobre o comportamento e hábitos de compra impulsiva

Paciente: compra diversos carros; nega, justifica, explica seu comportamento:

“Controlo o que eu quero... bom, às vezes fico atentado... mas não compro nada de mais (Pergunta do examinador: Por quê?)... porque minha esposa me tirou o talão de cheque, cartão de crédito, tudo” (Pergunta do examinador: E como você vê isso tudo?) pela mania dela de controlar tudo, acha que ela não quer ver as coisas dela irem por água abaixo – ou deve estar querendo me preservar, aí acha que tem que ficar de olho em mim”

Esposa: refere que o paciente insiste em comprar carros, mesmo sem ter condições financeiras: *“O que posso te dizer? Para você ter uma idéia: primeiro ele comprou um Opala, menos de uma semana depois comprou um Audi, depois queria um Ford, acredita? O pior é que ele argumenta, raciocina bem, e consegue convencer o vendedor de que tem condições de pagar... Antes da doença, ele também arriscava, mas não fazia absurdos e conseguia controlar os pagamentos sem problema; agora, compra esses carros, não tem nenhum jeito de pagar, e o pior é que parece que realmente não tá nem aí... Precisei tirar o talão de cheque dele, porque ele, quando tá comigo, fala que não vai comprar nada, só que acabava aparecendo toda hora com um carro diferente”.*

Crítica sobre o comportamento, ressonância afetiva sobre os problemas

Paciente: sente-se bem em qualquer ambiente social, mesmo sob contingências que seriam associadas a vergonha e embaraço: *“Se ocorre de... eu fazer xixi no trabalho? Bom, se acontecer isso e eu tiver com um cliente – é meio contrangedor, então tem que evitar... mas sei que não vai acontecer!”*

Esposa: ansiosa, tensa, preocupada, toma para si o encargo de controlar e avaliar as conseqüências do comportamento do marido: *“Estou com muito medo! Imagine que ele parece que não está nem aí quando*

falo para ele, por exemplo, não tomar muita água antes de encontrar um cliente ou ir antes ao toalete, ou usar uma fralda!... Ele me diz que não tem problema, que sou preocupada demais, não é? Só que outro dia, na minha frente, ele fez xixi na calça, estando comigo na fila do banco! Depois, deu risada, acredita? Provavelmente também já fez xixi quando estava com algum cliente!”.

CONCLUSÕES

O quadro seqüelar do paciente aponta para:

1. Preservação relativa das áreas cerebrais responsáveis pelas funções: sensitivo-motoras, linguagem, raciocínio lógico e memória;
2. Alteração na programação, crítica e tomadas de decisão do dia-a-dia, envolvendo a rotina doméstica e atividades socioprofissionais: aspectos de personalidade impulsivos se acentuaram; atitudes imediatistas, desinibição, incapacidade de postergação da ação;
3. Atitude de indiferença e despreocupação extrema para com os próprios problemas, negando-os ou facilmente arranjando argumentos lógicos e racionais para justificar sua conduta inadequada; o paciente verbalmente refere aceitar crítica, mas não é capaz de se comportar e regular suas ações por tais normas.

DISCUSSÃO

A presença de seqüelas lesionais, envolvendo particularmente as áreas ventro-mesiais frontais, levaram a alterações na neurodinâmica cerebral semelhantes àquelas descritas por Harlow (1848 apud Damásio, 1996) no caso paradigmático de Phineas Gage. Observaram-se basicamente falhas na integração dos mecanismos racionais / emocionais, na função da crítica e auto-regulação do comportamento e no processo de tomada de decisões e solução de problemas do dia-a-dia.

Após essa descrição de caso feita por Damásio, seguiram-se inúmeras pesquisas relacionando o papel de uma estrutura cerebral denominada amígdala, que, devido a suas inúmeras conexões, inclusive com o córtex frontal

ventro-mesial, tem papel essencial na percepção e regulação de estados emocionais subjacentes a um processo de tomada de decisão (Volchan et al., 2003). Outros autores, como Royal, Lauterbach e Cummings (2002) realizaram trabalho de revisão sobre este tópico, denominado mais amplamente “funções executivas”.

A dissociação entre a *verbalização de uma intenção* e a *possibilidade de efetivamente executá-la* também foi verificada em estudos experimentais em que se compararam pacientes com lesões na amígdala e na região frontal ventro-mesial. Arendal (2000) observa que estes últimos apresentavam reações do sistema nervoso autonômico somente quando fotos envolvendo situações de perigo iminente e sobrevivência lhes eram apresentadas, em contraste com os indivíduos com lesões na amígdala. Por outro lado, ante estímulos que suscitavam emoções denominadas *secundárias*, isto é, passíveis de deflagrar sentimentos mais sutis e elaborados – como cenas de pessoas se relacionando ou se censurando, por exemplo –, as reações autonômicas não eram evocadas. A autora complementa que esses indivíduos chegavam a *verbalizar comentários adequados sobre a situação, mas a ressonância afetiva, a vivência, “simplesmente não estava lá”*; eles até comentavam “eu deveria me sentir incomodado, perturbado com o que vejo, mas isso não acontece”. Tal como o paciente que descrevemos, observa-se nesse experimento esse processo de dissociação entre a palavra e valores explicitados no discurso e o ato em si.

É importante ainda acrescentar que esses casos nos alertam para a necessidade de o investigador estar atento a *sutilezas do comportamento* quando abordamos esse tipo de paciente, em que as funções cognitivas básicas – atenção, memória, linguagem, percepção e praxias – estão aparentemente preservadas, ao passo que *alterações na personalidade comprometem cabalmente sua adaptação*. Entrevistas com pessoas de sua convivência e informações sobre o ambiente de trabalho são essenciais para que se possa captar, diagnosticar e intervir com eficiência nesses contextos em que os prejuízos na adaptação se fazem sentir mais diretamente. As provas psicológicas tradicionais nem sempre mimetizam os problemas da vida real, e pesquisas indicam que estas têm apenas uma validade ecológica moderada

na predição do funcionamento cognitivo relativo aos processos de tomada de decisão no cotidiano (Chaytor e Schimtter-Edgecombe, 2003).

Contrariando assim Descartes, *emoção e razão, mente e corpo devem estar em uníssono* para que um indivíduo possa ter a percepção de si próprio como um ser social e relacional, com possibilidade de tomar decisões baseado em valores a longo prazo e não em necessidades e circunstâncias mais imediatas ou prementes.

REFERÊNCIAS

- ARENDAL, L. (2000). The emotional brain. Disponível em: www.brainconnection.com.
- CHAYTOR, N. e SCHMITTER-EDGEcombe, M. (2003). Ecological Validity of Neuropsychological Tests: a review of literature on everyday cognitive skills. *Neuropsychology Review*, 13 (4), 181-197.
- DAMÁSIO, A. R. (1996). *O Erro de Descartes*. São Paulo: Companhia das Letras.
- DAMÁSIO, A. R. et al. (1994). The return of Phineas Gage: the skull of a famous patient yields clues about the brain. *Science*, 264:1102-5.
- ROYAL, D. R.; LAUTERBACH, E. C.; CUMMINGS, J. L. et al. (2002). Executive Control Function: a Review of Its Promise and Challenges for Clinical Research. *J Neuropsychiatry Clinical Neurosciences*, 14, 337-405.
- VOLCHAN, E. et al. (2003). Estímulos emocionais: processamento sensorial de respostas motoras. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (Supl II), 29-32.