

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

*Nesse timbre pardacento: Conceptualização
da depressão na perspetiva
fenomenológica-existencial*

Violeta Maria Santos Ferreira de Oliveira

M

2020



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

***NESSE TIMBRE PARDACENTO: CONCEPTUALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO NA
PERSPETIVA FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL***

Violeta Maria Santos Ferreira de Oliveira

Novembro, 2020

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, área de Psicologia Clínica e Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Cidália Duarte** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Cidália Duarte, pela confiança, por ter aceite este desafio e por todo o apoio que me deu ao longo da realização deste trabalho. Agradeço-lhe também as reflexões que me propôs fazer e a boa disposição com que sempre falou comigo, tornaram a realização deste trabalho um enorme gosto.

Às Professoras Maria Emília Costa, Paula Mena Matos e Raquel Barbosa por terem enriquecido imensamente o meu percurso académico com as suas aulas inspiradoras e cativantes.

Ao Professor Carlos Mota Cardoso, pelo brilhantismo e humanidade com que nos falou sobre psicopatologia, se hoje sou uma apaixonada por esta área muito se deve às suas aulas.

Ao Sr. António (nome fictício) paciente com quem tive oportunidade de contactar, o qual me tocou pela cristalização da sua experiência depressiva facto que me motivou a querer saber mais sobre esta patologia.

Aos meus amigos, pelo convívio, pela partilha e pelo apoio. Nomeadamente, ao Rui, por ter sido incansável em tudo, por ser um exemplo de humanidade em tudo o que faz e por fazer deste mundo um lugar melhor. Ao David, pela inesgotável e sublime empatia, pela sincera amizade e pelo mais puro altruísmo. À Andreia pela boa disposição, pelas sentidas partilhas e pela confiança que sempre depositou em mim. À Joana pelo precioso sentido de humor, pelas causas que partilhamos e por todos os cafés com boas conversas.

À minha família, fonte inesgotável de amor, carinho e conforto, agradeço tudo o que fizeram e fazem por mim.

À minha madrinha, um exemplo de resiliência e garra, o qual levo para a vida, obrigada pelos melhores abraços.

Aos meus pais, pelo amor verdadeiramente incondicional, pelo equilíbrio perfeito entre o apoio e a autonomia, pelos valores que me ensinaram e por serem o meu exemplo a todos os níveis. Dedico este trabalho ao meu Pai, que foi, é, e será sempre, o meu Herói.

Muito obrigada a todos por terem contribuído para o meu percurso de vida de uma forma tão enriquecedora e especial.

Resumo

O diagnóstico de depressão é cada vez mais prevalente - falamos, efetivamente, de uma *Era da Depressão*. As razões pelas quais o número de pessoas com depressão tem aumentado são diversas, contudo a variabilidade na forma como o diagnóstico é feito poderá ter influência neste aumento. A perspectiva fenomenológica-existencial é utilizada, neste trabalho, como grelha de leitura do fenómeno depressivo, uma vez que o aborda de uma forma holística, sistémica e, ao mesmo tempo, profunda. Neste trabalho, o fenómeno da depressão é analisado atendendo à experiência do fenómeno pelo paciente. Assim sendo, são abordadas quatro dimensões profundamente afetadas num doente depressivo: a vivência do tempo, a afetividade e emocionalidade, as narrativas e, por último, o corpo e ação no mundo. Estas dimensões, aqui separadas, relacionam-se simbioticamente umas com as outras, já que a depressão permeia todas as dimensões da vida de um paciente. O carácter existencial e profundo desta patologia, explicitado ao longo deste trabalho, permite algumas reflexões sobre a forma como os sistemas de classificação de doenças estão a ser utilizados para o diagnóstico da depressão. Consequentemente, podemos questionar-nos se o construto da depressão estará, na atualidade, a sofrer uma crise identitária.

Palavras-chave: depressão, psicopatologia, fenomenologia-existencial, tempo, afetividade e emocionalidade, narrativas, corpo e ação no mundo

Abstract

The diagnosis of depression is increasingly prevalent - we are talking, in effect, of an Age of Depression. The reasons why the number of people with depression have been increasing are diverse, however, the variability in the way in which diagnosis is made may have an influence on this increase. The phenomenological-existential perspective is used, in this work, as a reading grid of the depressive phenomenon, since it approaches it in a holistic, systemic and, at the same time, profound way. In this work, the phenomenon of depression is analyzed, taking the patient's experience of the phenomenon into account. Thus, four deeply affected dimensions in a depressed patient are approached: the experience of time, affectivity and emotionality, narratives and, finally, the body and action in the world. These dimensions, separated here, are symbiotically related to each other, since depression permeates all dimensions of a patient's life. The existential and profound character of this pathology, explained throughout this work, allows some reflections on how the disease classification systems are being used for the diagnosis of depression. Consequently, we may ask ourselves whether the depression construct is currently experiencing an identity crisis.

Keywords: depression, psychopathology, existential phenomenology, time, affectivity and emotionality, narratives, body and action in the world

Résumé

Le diagnostic de dépression est de plus en plus répandu - nous parlons effectivement d'un âge de dépression. Les raisons pour lesquelles le nombre de personnes souffrant de dépression a augmenté sont diverses, mais la variabilité dans la façon que le diagnostic est fait peut avoir une influence sur cette augmentation. La perspective phénoménologique-existentielle est utilisée dans ce travail comme une grille de lecture du phénomène dépressif, puisqu'elle l'aborde d'une manière holistique, systémique et, en même temps, profonde. Dans ce travail, le phénomène de la dépression est analysé en tenant compte l'expérience du phénomène par le patient. Ainsi, quatre dimensions profondément affectées chez un patient dépressif sont abordées: l'expérience du temps, l'affectivité et l'émotivité, les récits et, enfin, le corps et l'action dans le monde. Ces dimensions, séparées ici, sont symbiotiquement liées les unes aux autres, puisque la dépression imprègne toutes les dimensions de la vie d'un patient. La nature existentielle et profonde de cette pathologie, expliquée tout au long de ce travail, permet quelques réflexions sur la façon dont les systèmes de classification des maladies sont utilisés pour le diagnostic de la dépression. Par conséquent, nous pouvons nous demander si la construction de la dépression souffre actuellement d'une crise d'identité.

Mots-clés: dépression; psychopathologie; phénoménologie-existentielle; temps; affectivité; émotivité, récits; corps; action dans le monde

Índice

Enquadramento Conceptual	1
1. A Depressão na Perspetiva Fenomenológica-Existencial	7
1.1. O Tempo	10
1.2. A Emocionalidade e Afetividade	15
1.3. As Narrativas	21
1.4. O Corpo e a Ação no Mundo	26
2. Reflexões Finais	32
Referências Bibliográficas	35

Enquadramento Concetual

Mundialmente, a depressão afeta cerca de 300 milhões de pessoas - valor que corresponde a cerca de 4.4% da população, segundo dados de 2015. Entre 2005 e 2015, o número de pessoas a viver com depressão aumentou cerca de 18.4%. A depressão é ainda considerada, globalmente, a patologia com o maior contributo para a perda de saúde não-fatal, isto é, de anos vividos com incapacidade (World Health Organization [WHO], 2017). Na Europa, cerca de 40 milhões de pessoas sofrem de depressão; a taxa de prevalência relativamente à idade diz-nos que os picos as faixas etárias dos 55 aos 64 anos, e após os 75 anos são especialmente críticas (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD]/ European Union [EU], 2018). Em Portugal, a prevalência anual das perturbações depressivas é de 7.9%, sendo a segunda perturbação psiquiátrica mais comumente diagnosticada, somente ultrapassada pelas perturbações de ansiedade (16.5%) (Nova Medical School, 2013). Porém, somente 35.3% dos pacientes deprimidos recebem cuidados clínicos no 1º ano de sintomas (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017). No que respeita a severidade das perturbações depressivas, cerca de 11.7% são consideradas ligeiras, 59% moderadas, e à volta de 29.3% severas (Nova Medical School, 2013).

Enquanto dados estatísticos, estes permitem-nos traçar um mapa do impacto a um nível macro desta patologia nas comunidades. Desta forma, damos-nos conta de que o diagnóstico de depressão não é circunscrito a uma determinada região geográfica, e que a população adulta e idosa está particularmente vulnerável a esta patologia. O número de pessoas que sofrem de depressão, o seu aumento significativo nos últimos anos e as limitações que provocam ao indivíduo (que, obviamente, se repercutem a nível social) são dados bastante significativos, da forte expressão desta patologia. De facto, também os avanços científicos, o aumento do conhecimento sobre a patologia e a sua expressão, bem como um maior reconhecimento da mesma por parte dos profissionais de saúde, contribuíram para que possamos afirmar que atravessamos uma *Era da Depressão* (Berlanga, 1999; Alonso-Fernández, 2010). As razões

pelas quais podemos falar numa *Era da Depressão* são várias, já que a origem deste aumento do número de diagnósticos é multifatorial. De facto, o aumento da esperança média de vida é um fator crucial, não só pelo facto da prevalência da depressão aumentar na faixa etária acima dos 65 anos, como também, por que mais anos de vida significam mais anos para adoecer e as doenças crónicas apresentam uma elevada comorbilidade com a depressão. Também ao nível social existem fatores a contribuir para o aumento da prevalência de depressão: o ritmo de vida acelerado, a instabilidade (a todos os níveis) e o *stress* crónico a que frequentemente as pessoas estão sujeitas aumenta a possibilidade de desenvolver uma depressão. Ademais, numa sociedade onde é cada vez mais fácil comunicar com os outros tem-se verificado que, os níveis de isolamento social têm aumentado, bem como o sedentarismo, o que complementa o potencial depressivo a que as pessoas estão sujeitas (Alonso-Fernández, 2010). De facto, a origem da depressão é uma variável importante para que compreendamos o curso da doença naquela pessoa. Ainda que como será abordado neste trabalho, exista uma co-influência pessoa/meio muito importante para a compreensão do fenómeno depressivo, existem situações onde poderemos estar perante uma depressão com um carácter mais hereditário, assim como, se estivermos a falar do quadro clínico de um idoso podemos ponderar uma depressão involutiva, isto é relacionada com a aproximação do fim de vida. Desta forma, segundo Alonso-Fernández (2010) a origem de um quadro depressivo estará relacionada com a interação de quatro sistemas: a genética, as circunstâncias de vida da pessoa, o seu estado psíquico e o seu estado somático, sendo desta complexa dinâmica relacional que emerge o fenómeno depressivo.

Não obstante a comum utilização do termo depressão na linguagem corrente, nem sempre este é empregue com o mesmo significado (Berlanga, 1999; Souza & Moreira, 2018a). Os próprios sistemas de classificação, sendo os mais conhecidos a *International Classification of Diseases 10th* (ICD-10) (WHO, 2016) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th* (DSM-5) (APA, 2013), apresentam algumas irregularidades ao nível da definição da patologia (Kendler, 2016). De facto, ambos os sistemas de classificação mostram algumas fragilidades no que diz respeito à diferenciação entre um quadro patológico de depressão e a presença de oscilações de humor normativas, comuns a todos os seres humanos, o que poderá levar a que pessoas sem a patologia estejam a ser tratados como pacientes (Montgomery, 2016). Ademais, a expressividade sintomática da depressão vai muito para além daquilo que é descrito nestes manuais, isto é, as dimensões cognitivas, emocionais e afetivas estão subrepresentadas

nos critérios destes manuais; em contrapartida, as alterações ao nível neurovegetativo são amplamente exploradas (Kendler, 2016; Demyttenaere & Heirman, 2020).

Importa ainda referir que a depressão é comórbida a outros quadros clínicos, tornando a tarefa de fazer um diagnóstico *puro* bastante complexa, segundo os critérios definidos nestes manuais, o que pode ter um impacto significativo ao nível da prevalência de certas patologias (Montgomery, 2016). Comorbilidades com perturbações de ansiedade, com a perturbação obsessiva-compulsiva, com a perturbação bipolar, ou com a Esquizofrenia, podem ser encontradas na prática clínica; porém, estas relações são raramente estudadas na literatura sobre a depressão (Montgomery, 2016). Efetivamente, a comorbilidade com as perturbações de ansiedade é extremamente comum; este facto, associado à elevada prevalência desta perturbação no contexto português, descrita anteriormente, poderá levar-nos a questionar sobre quantos destes casos não estão a entrar duas vezes para as estatísticas. Podemos, portanto, argumentar a pertinência destes sistemas de classificação ao nível da investigação, ainda que não contribuam para a inclusão de casos comórbidos. De facto, estes manuais têm uma base constituída por conceitos psicopatológicos de simples aplicação ao nível da recolha de dados, ficando a experiência subjetiva subvalorizada com a utilização destes (Herpertz & Fuchs, 2014, citados por Fregna, Locatelli & Colombo, 2020). Desta forma, estes sistemas de classificação deveriam ser encarados somente como um *index* das perturbações psiquiátricas, e não como manuais de psicopatologia, visto que as perturbações psiquiátricas não se esgotam nos critérios apresentados por estes sistemas (Kendler, 2016). Importa reforçar que muitas das experiências vividas por um doente deprimido estão para além dos sintomas que o doente apresenta (dores, insónia...): estas experiências representam uma profunda mudança na forma como a pessoa *é-no-mundo* (Ratcliffe, 2015). Desta forma, torna-se crucial compreender a essência do fenómeno depressivo, qual a experiência dos pacientes com depressão, como é a vivência deste e com este fenómeno.

Com efeito, no fenómeno depressivo, o doente encontra-se conectado a uma sonoridade mais grave, um tom mais baixo, um *timbre pardacento*, que se espalha até à relação que mantém com o seu entorno e à sua forma de *ser-no-mundo* (Maldiney, 2007). Assim, a síndrome depressiva, que será alvo de atenção neste trabalho, invade todas as dimensões da vida do paciente, entranha-se, não deixando espaço para a expressão da vitalidade. Esta é a depressão

pura, profunda e severa, porém, nem todos os casos diagnosticados com depressão se enquadram na definição que aqui farei desta patologia. De facto, a definição de depressão que irei utilizar neste trabalho está intimamente ligada à noção de endogeneidade (explorada em detalhe mais à frente) enquanto construto referente à estrutura em que se desenvolve a depressão (Berlanga, 1999). Isto é, a profundidade a nível existencial com que a depressão se instala: se o paciente experiencia alterações em todas as *camadas existenciais* do seu ser (elevada endogeneidade), o que se traduz num quadro agudo com sintomas diversos mas profundamente enraizados; ou então se o paciente experiencia alterações, mas não em todas as *camadas* (endogeneidade mais baixa), o que representa uma menor severidade, dado que os sintomas se encontram em *estratos* menos profundos do ser (Ratcliffe & Stephan, 2014). A compreensão do fenómeno depressivo exige não só uma abertura de horizontes, no sentido de capturar a riqueza experiencial de cada um, tendo-a como ponto de partida para a desconstrução particular do fenómeno; mas também um olhar atento e rigoroso, já que estamos claramente a falar de um fenómeno específico, ainda que, como referi, este possa ter as suas ligações. Assim, senti a necessidade de olhar para este fenómeno de uma forma holística e abrangente; contudo, ao mesmo tempo, precisei de compreender em profundidade, afinal, o que era *A Depressão*. Devido a esta dualidade, aparentemente paradoxal, mas, efetivamente, muito humana, de querer olhar a floresta compreendendo cada uma das suas árvores e caminhos, considerei a perspetiva fenomenológica-existencial ideal para me auxiliar a desconstruir e refletir sobre o fenómeno depressivo.

A perspetiva fenomenológica-existencial prende-se com a compreensão dos fenómenos relativos à existência humana, sem a interferência (tanto quanto possível) de qualquer pressuposto ou preconceito que possamos ter em relação aos mesmos. Transpondo esta caracterização para a Psicologia, área onde esta perspetiva foi e tem sido bastante útil, podemos dizer que a abordagem fenomenológica-existencial pretende explicitar a essência da experiência e do comportamento humanos (Valle, King & Halling, 1989). No âmbito desta perspetiva, o ser humano é indissociável do seu meio, existindo, com ele e nele, de uma forma dialógica de interação mútua (Valle, King & Halling, 1989). Tal pressupõe o enquadramento espaciotemporal da pessoa, existindo, porém, circunstâncias levantadas pelo meio, as quais fazem parte do ser humano e com as quais este vive em simultâneo.

De facto, a multitude de contextos com que o ser humano estabelece relações relembra-nos do carácter sistémico da existência humana; de facto, Bronfenbrenner (1979), na sua Teoria Ecológica do desenvolvimento, refere que o desenvolvimento humano se dá precisamente com a relação que a pessoa estabelece com o seu meio envolvente, não obstante as restrições que o nosso lado *biológico* nos coloca. Assim, a perspetiva fenomenológica-existencial, para além de enfatizar as particularidades que possuímos enquanto seres humanos (espécie) e o carácter único de cada indivíduo (Sullivan & Palitsky, 2018), coloca-nos também a refletir sobre a relação da pessoa com o seu meio. Ainda que, nesta perspetiva, o meio seja conceptualizado como uma parte do *self*, e não exclusivamente o meio envolvente ou contextual. É nesta relação dialógica meio/ser humano, que emerge o conceito de *Lebenswelt*, isto é, *mundo vivido* ou *mundo de vida*. Este conceito foi, primeiramente, utilizado por Husserl e, posteriormente, desenvolvido por Merleau-Ponty. Define-se como o ponto de contacto entre os aspetos universais da nossa existência num dado tempo e espaço, e os aspectos singulares de cada um de nós. Este contacto é o que permite caracterizar a nossa experiência vivida, e também o que possibilita a compreensão de vários fenómenos que pautam a nossa existência (Souza & Moreira, 2018a). O *Lebenswelt* é um mundo que já lá está, mesmo antes de ser pensado, e que não tem qualquer traço de dualidade (interior/exterior; individual/social), isto é, apresenta-se como sujeito e objeto, numa relação dialética e una (Valle, King & Halling, 1989; Souza & Moreira, 2018a). O ser sujeito e objeto reforça o carácter de co-construção pessoa/meio; de facto, o fenómeno emerge na pessoa, mas é também ele balizado e enquadrado por uma série de circunstâncias do meio que, por sua vez, sofre alterações com a ação da pessoa. Tal implica que todos os fenómenos sejam experienciados de forma única por cada um, já que o fenómeno emerge de uma determinada forma, diferente em todos nós, e sofre com as circunstâncias inerentes à vida de cada um (Valle, King & Halling, 1989).

O objetivo deste trabalho é o de compreender, desconstruindo, o fenómeno da depressão, tendo por base a perspetiva fenomenológica-existencial. Isto é, analisar o fenómeno da depressão no *Lebenswelt* (*mundo vivido*), o que faz de imediato transparecer o carácter profundo e de elevada endogeneidade da depressão aqui abordada. De facto, sendo este *mundo vivido* o ponto de contacto entre as nossas características mais individuais e os aspetos universais da nossa existência, conceptualizar a depressão nessa base é, conseqüentemente, admitir que esta é um fenómeno com raízes existenciais profundas, que provocam alterações nas características

do *self*, bem como alteram a experiência que a pessoa tem de aspetos universais. Quero, desta forma, compreender a experiência existencial de um doente depressivo: como se experiencia a si próprio e ao seu entorno, como é afetada esta relação dialógica, o que acontece no seu *Lebenswelt* (*mundo vivido*) fluir vital. Tomando esta perspectiva como base para a construção deste trabalho, assumo a exclusividade experiencial de cada ser humano, valorizo o emergir do fenómeno na pessoa, com a pessoa, da pessoa. Procuro compreender a forma como sente a sua existência, como é vivenciado este *timbre pardacento* pelo paciente.

No âmbito da depressão na perspectiva fenomenológica-existencial, existe uma notória escassez de literatura, o que inviabilizou a escolha de realizar um trabalho de revisão sistemática. Ademais, a maioria dos artigos encontrados, ainda que tendo sempre como base a perspectiva fenomenológica-existencial, foca determinadas dimensões da depressão (por exemplo, as narrativas), existindo poucos materiais que a abordem de uma forma global. Por conseguinte, ainda que não fosse complicado construir diversas questões conforme requerido pela estrutura de um trabalho de revisão, seria inviável conseguir material bibliográfico em quantidade considerável que conseguisse dar resposta às várias questões. Importa referir que o facto de não se encontrar na literatura um trabalho que aprofunde as várias dimensões do fenómeno depressivo, abordando-as na sua globalidade, foi também considerado na opção de realizar um trabalho conceptual. Assim, neste trabalho foram incluídos os poucos artigos, livros e capítulos de livros que retratam a depressão, conforme anteriormente definida, na perspectiva fenomenológica-existencial, quer a tenham abordado de uma forma mais holística, quer mais focalizada em determinados aspetos do mesmo fenómeno. No fundo, a ideia é colmatar esta lacuna, apresentando um trabalho cujo foco é desconstruir as várias dimensões do fenómeno depressivo à luz da fenomenologia-existencial, sem deixar de o compreender como um todo extremamente impactante na vida destes doentes. Por último, os materiais utilizados na desconstrução do fenómeno depressivo enquadram-se temporalmente nos últimos 30 anos, visto que o objetivo seria o de compreender a forma como este fenómeno tem sido endereçado na investigação mais recente, no âmbito da perspectiva fenomenológica-existencial.

1. A Depressão na Perspetiva Fenomenológica-Existencial

O termo depressão deriva da palavra em latim *deprimere*, que significa diminuição, afundamento ou abatimento (Alonso-Fernández, 2010). Descrições sintomatológicas daquilo que hoje conceptualizamos como depressão foram encontradas no papiro de Eber, escrito no Antigo Egito e datado de, aproximadamente, 1550 a.C. (Rouillon, 2005). Na Grécia Antiga, por volta do século V a.C., a melancolia era descrita como “um estado de profundo abatimento, provocado pela excessiva acumulação de bílis negra” (Alonso-Fernández, 2010, pp. 17). O termo foi primeiramente utilizado na área médica, associado à especialidade cardiovascular, sendo utilizado para designar a perda de funcionalidade. Ainda que esta definição derive do conceito da mecânica utilizado na altura da revolução industrial, o doente deprimido poderá ser metaforicamente associado a “uma locomotiva cuja caldeira não atinge pressão de vapor suficiente” (Lopez-Ibor, 1982; citado por Berlanga, 1999).

Apesar de o termo surgir associado à saúde mental há já muito tempo, como foi anteriormente referido, a sua utilização abusiva e errónea tem-se verificado na atualidade. De facto, apesar de toda a categorização a que assistimos, com manuais como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), o termo depressão continua a ser utilizado de uma forma abusiva, por exemplo, para descrever estados de tristeza que não configuram nenhum quadro clínico (Berlanga, 1999; Souza & Moreira, 2018b). Por outro lado, a redução do fenómeno depressivo a uma lista de sintomas e a uma baliza temporal específica de manifestação dos mesmos é incorrer no erro de não aceitar a singularidade da vivência de cada ser humano. As implicações, ao nível da clínica, poderão ser graves, já que estamos a tratar a doença, mas não o doente. Na perturbação depressiva, existe, de facto, um decréscimo ao nível da funcionalidade de uma forma geral, existindo, contudo, contornos específicos que descrevem um quadro nosográfico particular. Segundo Alonso-Fernández (2010), todos os sintomas da patologia depressiva confluem para o abatimento da vitalidade da pessoa, dimensão esta que se encontra plasmada em todo o seu ser, afetando as dimensões e contextos de vida do doente. A diminuição da vitalidade do paciente depressivo assume diversas formas, que irei explorar neste trabalho.

Desde logo, a experiência temporal de um paciente depressivo é lentificada: o seu tempo interior é vivenciado como estando atrasado em relação ao *tempo real* do mundo. Os efeitos desta experiência de dessintonia com o mundo são sentidos nas várias dimensões da vivência humana. A vida de todos nós segue um fluir em direção ao futuro; num doente depressivo, este fluir é fortemente retardado ou inibido, o que, por conseguinte, tem um efeito muito transversal na experiência humana (Maldiney, 2007; Vogel, Krämer, Schoofs, Kupke, & Vogeley, 2018).

Também as dimensões emocionais e afetivas destes doentes sofrem alterações e são pautadas por sentimentos de culpa, desesperança, apatia, indiferença, insignificância e, claro, por uma tristeza vital com raízes profundíssimas que, em casos mais severos, poderá levar a que o paciente se sinta incapaz de sentir seja o que for. Esta incapacidade de sentir, até mesmo tristeza, faz com que a vida perca as suas várias melodias e cores; viver passa a ser uma tarefa dolorosa. Nenhum evento tem ressonância afetiva, a indiferença apodera-se da pessoa, o sofrimento causado por este *adormecimento sentimental* é colossal. A pessoa tem consciência de que, perante determinados eventos da sua vida, deveria experienciar uma miríade de sentimentos e todos eles lhe parecem estar vedados - a sensação de aprisionamento e de estagnação é portanto perceptível (Berlanga, 1999; Ratcliffe, 2015; Bloc, Souza, & Moreira, 2016).

Efetivamente, a sensação de confinamento é algo muito referido nas narrativas de vários pacientes depressivos; de facto, com o abrandamento temporal e a incapacidade de vislumbrar possibilidades de futuro, a narrativa da pessoa sofre também alterações. O doente fica “preso” a uma narrativa passada sobre si, da qual não se consegue desvincular, apesar de não se identificar, havendo portanto uma desconexão do doente para consigo próprio e para com a sua história de vida. A congruência passado-presente-futuro fica perturbada, desde logo por uma experiência de futuro como se fosse uma repetição do passado, com um forte sentido de fatalidade. Esta narrativa *parada no tempo*, a qual não sofre atualizações, caminha, contudo, a par com novas narrativas criadas pelo paciente, tendo como base a sua experiência emocional atual, isto é, deprimida (Bartolan, 2017).

No que concerne a relação destes pacientes com o mundo e com os outros, esta é pautada por um “desligar” e um afastamento dos mesmos. Sentimentos de apatia e falta de vontade para agir têm também proporções consideráveis num doente depressivo. A incapacidade de

ressonância afetiva faz com que muitas vezes se sintam incapazes de estar em relação com os outros; a dessintonia em relação *ao tempo das coisas* contribui igualmente para este afastamento do mundo. Também a vivência do corpo na depressão tem as suas particularidades, uma vez que a interface entre o mundo interior do doente (os seus afetos, as suas emoções, a sua história) e o mundo exterior (os outros, o seu entorno) é o corpo (Micali, 2013; Bloc, Melo, Leite, & Moreira, 2015). Esta interface fica comprometida com a inibição psicomotora e o afastamento do meio, espelhando o abatimento que emerge das esferas mais profundas do doente deprimido, podendo levar ao suicídio (Souza & Moreira, 2018b). Serão estas as dimensões constitutivas do fenómeno depressivo que irei desconstruir em seguida. A separação em dimensões trata-se de uma tentativa de proporcionar ao leitor uma visão esquemática, ainda que profunda, do fenómeno depressivo, visto que todas as dimensões se encontram simbioticamente relacionadas. Por conseguinte, ainda que cada dimensão seja aprofundada com base na perspectiva fenomenológica existencial, as relações estabelecidas entre dimensões, que configuram o carácter sistémico da patologia, serão igualmente contempladas.

1.1. O Tempo

*How long is forever?
Sometimes just one second*
-Lewis Carrol

O tempo na depressão corresponde a uma das dimensões mais transversais e, conseqüentemente, mais explicativas da patologia. De facto, todas as dimensões que abordarei ao longo deste ensaio se relacionam, de certa forma, com a alteração da vivência do tempo, característica desta patologia. O tempo será abordado enquanto um fenómeno pré-reflexivo, isto é, um fenómeno que emerge sem que seja necessário o processamento psíquico do mesmo, existe *per se*.

De acordo com a literatura consultada, nos vários relatos da sua experiência temporal, os pacientes com depressão falavam num abrandar temporal, como se o seu tempo fosse mais lento comparativamente ao tempo do mundo e dos outros. Podemos, assim, falar em diferentes temporalidades. De facto, Erwin Strauss (1929; citado por Maldiney, 2007) diferenciou duas: o *tempo imanente* e o *tempo transcendente*. O primeiro, o *tempo imanente*, diz respeito ao tempo do Eu, do *self*, é uma dimensão subjetiva, historicamente influenciado e reporta ao nosso desenvolvimento pessoal. O segundo, o *tempo transcendente*, refere-se ao tempo que temos em comum com os outros e às mudanças que ocorrem no nosso meio envolvente. Num doente depressivo, existe uma relação pouco harmoniosa entre estas duas formas de temporalidade. De facto, na depressão, o tempo do *self* não avança, levando o paciente a sentir-se estagnado relativamente ao desenvolvimento da sua história pessoal, perdendo a capacidade de se projetar no futuro. Em contrapartida, o *tempo transcendente* segue o seu curso, indiferente à condição individual do paciente deprimido. Esta falta de sintonia entre a passagem de tempo subjetivo e a passagem do tempo *real* cria no paciente uma sensação de atraso, sentindo-se a ficar para trás em relação aos outros e ao mundo.

O fluir do tempo pressupõe a experiência passada e a vivência do presente com vista ao futuro. Na depressão, a experiência desta continuidade temporal tem algumas particularidades, o que faz com que o doente se sinta temporalmente dessincronizado. Binswanger, em 1960, postula que passado, presente e futuro são domínios temporais, os quais são constituídos estruturalmente, por fenómenos de *retenção*, *apresentação* e *protensão*, respetivamente

(Binswanger, 2005 citado por Bloc, Souza, & Moreira, 2016). Isto é, o fluir temporal pressupõe a *retenção* do que foi experienciado, as impressões momentâneas que a pessoa experiencia (*apresentação*) e a antecipação do que poderá vir a acontecer (*protensão*). No adoecer depressivo, a ligação entre estas três dimensões é alterada. De facto, cria-se uma conexão indevida entre retenção e protensão, levando a que o passado e o futuro se relacionem de uma forma mais estreita. Desta forma, as impressões que a pessoa vai tendo dos momentos vivenciados ficam, de certa forma, soltas, tornando o presente uma dimensão vazia, com falta de conexão ao passado e ao futuro (Bloc, Souza, & Moreira, 2016).

No que concerne à experiência do passado, para um doente deprimido, este representa tudo aquilo pelo que não se pode redimir de forma alguma. O passado está como que *congelado* num estado em que não é possível qualquer redenção de erros cometidos. Segundo alguns autores, muitos pacientes referem o passado como *responsável* pelo desenvolvimento da psicopatologia. Não obstante a importância do percurso desenvolvimental de cada um, este aparente apego ao passado por parte dos pacientes com depressão deve-se, sobretudo, à incapacidade de perspetivar o seu futuro (Ratcliffe, 2012; Vogel, Krämer, Schoofs, Kupke, & Vogeley, 2018). De facto, o futuro é uma dimensão percecionada como inóspita: o paciente não consegue projetar-se no futuro, não consegue vivenciar o universo de possibilidades que o futuro contém, este não se expande diante do paciente. Muito pelo contrário, há um bloqueio nas perspetivas de futuro. A estreita ligação mantida entre passado e futuro faz com que o doente sinta que a sua experiência temporal é cíclica: o que foi vivenciado no passado repetir-se-á *ad eternum* no futuro. Cria-se, no paciente, uma incapacidade de perceber o futuro enquanto um horizonte com infinitas possibilidades; o doente passa a retrair-se em si mesmo, experienciando esse ciclo repetitivo e entediante como o único caminho possível e, por isso, como uma fatalidade. Assim, o paciente deprimido sente-se estagnado, condenado a um futuro imutável e, desta forma, o potencial de autoatualização, de outro modo inerente a todo o ser humano, encontra-se-lhe vedado (Maiese, 2017). No fundo, a fatalidade com que o futuro é encarado deve-se também à significação feita do passado enquanto depósito de erros imperdoáveis e irremediáveis. Isto é, o significado e a forma como olhamos para o que nos aconteceu e acontece, depende muito do caminho que queremos percorrer rumo ao futuro. A falta de perspetiva de futuro, bem como a crença de que o passado se repete no futuro, faz com que os erros do passado sejam encarados como imutáveis, levando o paciente a significar o passado de uma forma muito

negativa. A pessoa com depressão encontra-se, desta forma, aprisionada num presente sem vitalidade, pardacento, moroso e doloroso, sem ideia de melhoras e de um resultado diferente para o seu caminho; no fundo, com uma experiência temporal cristalizada (Berlanga, 1999; Bloc, Souza, & Moreira, 2016).

Importa referir que os pacientes conseguem imaginar o futuro, isto é, a representação de temporalidade existe. O que se encontra afetada é a capacidade de o sujeito existir num tempo futuro, de se projetar, de perceber múltiplas possibilidades. Esta ideia reforça então que, apesar destas alterações ao nível da continuidade temporal, esta não está completamente perturbada, visto que, por exemplo, os pacientes com depressão compreendem a sucessão de eventos que vão acontecendo no mundo, o fluir da fala humana e de uma música (Maldiney, 2007; Bloc, Souza, & Moreira, 2016;).

Como tenho vindo a referir, a perturbação da dimensão temporal num depressivo permeia outras dimensões sintomáticas do mesmo, sendo muitas vezes descrita como a base para o aparecimento de outras características da patologia (Ratcliffe, 2015). A falta de futuro num doente depressivo afeta diretamente a sua capacidade de agência, de ação no mundo. De facto, uma das características da depressão é que a pessoa não experiencia o tempo como uma energia propulsora que o impele para o futuro e para a realização dos seus projetos de vida, mas sim enquanto uma ruptura com o devir, criando uma rigidez existencial que bloqueia o futuro, já que toda a energia do paciente está focalizada na fatalidade da inevitável repetição do passado (Bloc, Souza, & Moreira, 2016). Fuchs (2003; citado por Ratcliffe, 2015) propõe que, na depressão, existe uma falta de “impulso conativo”, que podemos definir como uma orientação temporal que normalmente temos como certa, e que compreende uma disposição para a atividade. O autor refere ainda que, na patologia depressiva, existem alterações ao nível daquilo que refere como tempo *implícito* e *explícito*. O tempo *implícito* é experienciado aquando da realização de uma atividade, isto é, a pessoa não está a pensar na passagem do tempo, está ativamente envolvida na atividade e o tempo segue o seu fluir. O tempo *explícito*, por seu lado, refere-se aos momentos em que a pessoa está ativamente focada na passagem do tempo (porexemplo, quando está à espera de algo, quando não está envolvida numa atividade). Na depressão, o tempo que normalmente é vivenciado como *implícito* torna-se *explícito*, estando em falta o tal impulso que leva a pessoa a envolver-se numa determinada atividade. Esta anergia,

falta de tensão ou de *momentum* conativo, priva a pessoa com depressão de um universo de possíveis caminhos e ações, reforçando a apatia, a desesperança e a sensação de que nada irá mudar, o que, em última análise, vai validando a ideia desta relação fusional passado-futuro, e desta ciclicidade interminável, pois, se a pessoa não age, não sente mudança e acaba por acreditar na imutabilidade da sua situação (Ratcliffe, 2015).

Em suma, o fluir temporal num doente depressivo encontra alguns entraves, acabando por ser experienciado de uma forma particular, que se traduz numa descomunicação global com o mundo, o que está intimamente ligado à perda de agência que muitos destes pacientes referem sentir. A experiência de falta de sintonia temporal do paciente em relação ao seu entorno é notória na maioria dos casos referidos pelos autores em análise. Contudo, a forma como esta falta de sintonia se manifesta nem sempre é a mesma. Para alguns, o tempo abranda, sentem-se atrasados em relação ao mundo e presos ao tal ciclo infundável, sem acesso a uma perspetiva de futuro. Porém, existem também relatos de pacientes para quem o tempo passou a ser uma dimensão irrelevante, sentindo um desprendimento como se esta dimensão não fizesse parte das suas vidas (Ratcliffe, 2015). O espectro da vivência temporal na depressão é grande: não existe somente o branco e o preto quando falamos de experiência humana. De facto, existem infinitos tons de cinza, e a experiência de cada um é absolutamente única. A dimensão temporal não foge à regra e, como tal, dependendo de vários fatores como a severidade da patologia, a expressão das alterações nesta dimensão pode ser variada. Há pacientes que mantêm alguma capacidade para realizar tarefas, mantendo-se mais funcionais de um ponto de vista prático, mas outros não, vivendo com maior impacto os erros do passado e os sentimentos de culpa relacionados; outros tendem a verbalizar mais o tédio que sentem no presente ou a desesperança em relação ao futuro. De uma forma global, o que podemos afirmar é que, realmente, a experiência do tempo nos pacientes com depressão sofre alterações e que estas alterações têm um impacto muito significativo noutras dimensões existenciais do paciente, sendo claramente uma fonte de grande mal-estar.

Uma questão que me suscitou desde logo curiosidade em relação a esta dimensão é a negligência da mesma ao nível dos manuais de diagnóstico. Quer no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2013) quer na *International Classification of Diseases* (WHO, 2016) é referido que para o diagnóstico de depressão o paciente tem que apresentar um

determinado número de sintomas “quase todos os dias” por um período de tempo estipulado. Questiono-me sobre estas balizas temporais e a sua utilidade ao nível da prática clínica, quando comparada com a riqueza das alterações ao nível da experiência temporal de um paciente com uma depressão. Assim, o tempo *do Eu* fica num segundo plano para dar espaço a esse que é o tempo *real*. Desta forma, não será possível que, ao fazermos diagnósticos com base nestes critérios, estejamos a valorizar mais a dimensão pragmática e contextual do paciente em lugar de compreendermos a sua subjetividade? Como foi referido, a vivência do tempo é transversal a todos os sofrimentos de um paciente deprimido, este tema que é o tempo acaba por cobrir e influenciar todos os restantes que pautam a existência do paciente, como tal intervir num quadro deprimido deverá passar por endereçar uma especial atenção a esta experiência subjetiva (Ratcliffe, 2012). Compreender como é que o paciente percebe o seu passado, é muitíssimo indicativo da forma como conta (e construiu) a sua narrativa de vida. A forma como vê o seu futuro, pode dizer-nos muito sobre sentimentos de desesperança e sobre a apatia que pode estar a experienciar. O carácter *envolvente* da dimensão temporal permite-nos estabelecer várias relações entre esta dimensão e as abordadas subsequentemente que enriquecerão a compreensão global do fenómeno depressivo. Se atendermos à depressão enquanto um conjunto de sintomas discretos perdemos a visão holística do paciente, visão esta que nos poderá trazer a lucidez de *pensar humano* e agir em sintonia, acabando por não tratar sintomas mas sim pessoas (Kendler, 2016).

A escolha da citação de Lewis Carroll, com que iniciei o aprofundar desta dimensão, vem justamente ao encontro desta necessidade de compreendermos o tempo. De facto, o fenómeno temporal, como todos os outros tem a sua expressão específica em cada um, os pacientes com depressão não são exceção. A forma como vivemos a passagem do tempo depende de uma série de fatores sendo o nosso *self* um deles, por isso mesmo, às vezes o “para sempre é somente um segundo”, como também, o tempo de sofrimento, aos olhos de um paciente deprimido, pode ser interminável e o futuro uma utopia.

1.2. A Emocionalidade e Afetividade

É dor que desatina sem doer
-Luís Vaz de Camões

Falar de depressão é, conseqüentemente, falar de emocionalidade e de afetividade. Como referi na introdução deste trabalho, o termo “depressão” é utilizado indevidamente para referir estados de tristeza comuns e perfeitamente enquadrados naquele que é o colorido emocional da vivência de cada um. A tristeza dita *comum* é um sentimento associado a um objeto específico: aconteceu algo para que este sentimento seja experienciado. De facto, esta tristeza apresenta um caráter adaptativo, quando algo de mau nos acontece, tendemos a retirar-nos do espaço de ação, a resguardar-nos, o que nos permite ao *self* defender-se da possibilidade de ocorrência de outra coisa negativa, dando tempo ao *self* para se organizar novamente (Ferreira & Antúnez, 2014; Demyttenaere & Heirman, 2020). Este tipo de tristeza é ainda espaço-temporalmente enquadrada, sendo, portanto, pontual. A tristeza comum pode ainda ser compreendida enquanto um estado intencional, associado à forma como significamos e damos importância a algo (Ratcliffe, 2010, citado por, Bloc, Souza, & Moreira, 2016; Souza & Moreira, 2018b) A tristeza associada à depressão é denominada como tristeza vital e define-se como um sentimento profundo, que emerge na pessoa e se plasma a nível corporal, causando um enorme sofrimento (Berlanga, 1999; Mota Cardoso, 2000; Ratcliffe & Stephan, 2014). A tristeza vital não se trata de um estado, mas sim de uma forma de a pessoa *ser no mundo*; em contrapartida, uma pessoa que se sinta triste consegue diferenciar-se da sua tristeza e perceberá-la enquanto estado (Souza & Moreira, 2018b). Para além deste caráter mais estrutural e enraizado da tristeza vital, enquadra-se também nos sentimentos profundos pré-intencionais, isto é, que moldam o tipo de significância a que estamos recetivos, bem como a possibilidade que temos de experienciar determinados sentimentos intencionais (Ratcliffe, 2010, citado por, Bloc, Souza, & Moreira, 2016). Nos casos mais severos de depressão, o paciente deixa de conseguir exprimir tristeza mesmo como traço constitutivo da sua existência, experienciando uma total incapacidade de gerar respostas emocionais aos mais diversos estímulos (Berlanga, 1999). É desta experiência que surge o vazio emocional relatado por muitos pacientes; este vazio é limitativo, pesado e opressor, bloqueia as possibilidades de novos horizontes e o surgimento de novos fenómenos (Maldiney, 2007). A incapacidade de sentir, seja o que for, por parte de muitos pacientes deprimidos, é várias vezes erroneamente confundida com indiferença ou desinteresse. Porém,

não ser capaz de experienciar qualquer estado emocional perante todos os estímulos que sabemos existir no mundo é imensamente doloroso para estes pacientes, “um torturante sentir que não se sente” (pp.30), como foi descrito por Jaspers (1973; citado por Berlanga, 1999). Este embotamento emocional, que torna a pessoa incapaz de sentir a própria tristeza, tem impacto em todas as dimensões experienciais do doente. Nesta condição, a pessoa com depressão experiencia um esvaziamento emocional e sente-se presa a uma existência oca, na qual nada tem significado pessoal (Souza & Moreira, 2018b). Desta forma, encontra-se quebrada a relação comunicacional com o meio em redor do paciente, uma vez que este não percebe os eventos enquanto possíveis geradores de estados sensitivos (Maldiney, 2007). Não raras vezes, a incapacidade afetiva do paciente, restringe a expressão verbal do mesmo; assim sendo, o recurso à somatização configura-se como uma alternativa, com muitos pacientes a relatarem um mal-estar corporal generalizado (Berlanga, 1999; Mota Cardoso, 2000).

Ao nível do diagnóstico, nomeadamente com recurso ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2013) podemos constatar que simplesmente não existe espaço para este *não sentir nada*, sendo este *nada* absolutamente excruciante. O foco está no que é que o paciente sente, quando de facto, o *não sentir* do paciente poderá ser indicativo de uma profunda endogeneidade depressiva. Bem sei que Luís Vaz de Camões falava de amor e não de depressão (daria um outro trabalho a relação entre estes dois construtos) porém, o que escreveu poderá servir-nos para compreender a experiência de um paciente depressivo. De facto, um paciente deprimido sabe o que *seria suposto* sentir numa dada situação, por exemplo entristecer pela doença de um familiar, porém tal não lhe é possível, poderemos por aqui compreender que esta experiência terá também, impacto ao nível da culpabilização e da recriminação (Mota Cardoso, 2000). A experiência emocional da pessoa está de tal forma limitada que acaba por implodir nela mesma, ou seja é uma dor imensamente forte, um desespero enorme o qual não consegue ser expresso. Esta ideia de expressão é particularmente premente quando falamos de somatização. Ainda que, os manuais de diagnóstico referidos apresentem falhas na inclusão desta dimensão, o que é facto é que a somatização é um ato comunicacional, quando o vasto leque emocional de um ser saudável implode naquilo que é um estado depressivo, as dores têm que arranjar uma forma de se manifestar, utilizam portanto o corpo para o fazer, podendo por isso ser denominados de sintomas somáticos (Kendler, 2016).

Para compreendermos o conceito de depressão nesta perspetiva é, de igual modo, importante compreendermos o termo *depressividade*, introduzido por Tatossian, em 1977 (Souza & Moreira, 2018a). O autor questionou-se sobre qual seria a definição de depressão e as suas múltiplas expressões, chegando à conclusão de que a base constitutiva da depressão é, precisamente, a depressividade. Este conceito encerra uma forma de ser mais abrangente do que a patologia em si; porém, é algo que facilita a expressão da depressão em certas pessoas. A depressividade não é um conceito fechado em si mesmo, o qual conseguimos racionalizar e trabalhar de uma forma teórica. De certa forma, é um conceito a ser compreendido enquanto experiência pré-reflexiva do *Lebenswelt* (*mundo vivido*): podemos compreender a experiência de um paciente depressivo, mas não o que é a depressividade, já que este conceito é formado como uma hipótese muito abrangente, originária de diversas experiências. A depressividade existe com o paciente deprimido na sua experiência. De facto, a depressividade consegue dizer muito sobre a depressão, sem se sobrepor a ela ou sem a esgotar, uma vez que é um fenómeno que é continuamente construído na experiência do paciente deprimido. Em suma, os conceitos de depressão e depressividade mantêm, então, uma relação dialógica de co-constituição e constante interligação (Bloc, Souza, & Moreira, 2016; Souza & Moreira, 2018a).

Ainda que considerar a depressividade como um traço de personalidade pudesse ser uma hipótese interessante, tal não é de todo verdade, pelo que já explicitámos sobre o conceito previamente. Contudo, Tellenbach em 1961, apresenta um conceito que compreende precisamente características que, no seu entender, contribuíam para o desenvolvimento de um quadro depressivo - o *typus melancholicus* (Tellenbach, 1999 citado por, Souza & Moreira, 2018a). Este conceito não foi desenvolvido com base nos critérios da psiquiatria tradicional; de facto o autor deu prioridade a uma fenomenologia que valoriza a experiência de cada um, sendo por isso mais abrangente do que uma relação causa-efeito. A construção deste conceito só foi possível graças a um outro referido pelo mesmo autor: o conceito de *endon*. A palavra refere-se ao que é *interior*, vindo *de dentro* e pode ser definido como um movimento vivencial, de sucessão vital, o qual se encontra em constante atualização (por exemplo, os ritmos circadianos). Esta noção é fundamental para a compreensão do *typus melancholicus*, uma vez que é neste movimento vivencial que se encontram praticamente todas as características da patogénese da depressão. Assim, o *typus melancholicus* caracteriza-se por uma obsessividade e rigidez ao nível dos valores, e um forte sentido de dever, existindo pouco ou nenhum espaço para a

improvisação. Uma outra característica das pessoas com esta estrutura psíquica prende-se com um forte sentimento de culpa, tendo uma grande necessidade de agradar aos outros. No que concerne aos relacionamentos, segundo o autor, existem duas formas muito bem definidas de ser-para-os-outros e de ser-para-si. Na primeira forma, o ser-para-os-outros, a pessoa não suporta a ideia de ficar em dívida para com os outros; por causa disto, tende a viver de uma forma muito fusional com estes, tendo grandes dificuldades em ficar só. Quando ocorre uma falha na satisfação desta necessidade de *ter o outro*, a pessoa com este tipo de personalidade poderá experienciar uma dolorosa sensação de vazio existencial. Na segunda forma de vivenciar os relacionamentos, o ser-para-si, esta é pautada por um elevado perfeccionismo. Normalmente, estas pessoas têm um elevado nível de consciência moral, assumindo muitas vezes um papel de *castigadores*. Tendem a evitar ao máximo lidar com sentimentos de culpa, daí que sejam muitíssimo autoexigentes, o que se traduz numa enorme intolerância à falha própria (Bloc, Souza, & Moreira, 2016).

Como temos vindo a referir, existem uma série de características, ao nível da afetividade, que pautam a generalidade das experiências depressivas, a saber: o sentimento de culpa, de desesperança e de medo. A culpa pode assumir aqui várias formas, ao nível da sua conceptualização na patologia. O paciente deprimido pode sentir-se culpado pela sua dessincronização com o mundo envolvente: a culpa emerge de não conseguir avançar a par com o seu meio (Berlenga, 1999). Para outros autores, a culpa relaciona-se com o passado do paciente: este foca-se em certas ações passadas, as quais sente como tendo sido feitas de forma errada, experienciando, conseqüentemente, os efeitos dessas mesmas ações como inalteráveis (Ratcliffe, 2010; citado por Bloc, Souza, & Moreira, 2016; Vogel, Krämer, Schoofs, Kupke, & Vogeley, 2018). Por outro lado, esta sensação de culpa pode advir, ainda, da forma como a pessoa vivencia o futuro. De facto, o paciente pode sentir-se culpado por não ter perspetivas e futuro, nem caminhos a explorar, sentindo-se culpado por estar preso em si próprio (Bloc, Souza, & Moreira, 2016). Tendo por base qualquer uma das orientações temporais, a culpa pode ser encarada enquanto fator de quebra do fluir vivencial, dado o seu impacto quer na experiência do passado, quer do futuro (Fuchs, 2003; citado por Ratcliffe, 2015).

Ratcliffe (2015) avançou, ainda, com uma conceptualização mais profunda da culpa na depressão: a culpa existencial. Este sentimento de culpa não é visto enquanto sintoma da

patologia, mas como algo intrínseco, irrevogável, profundo, que serve de base à configuração de possibilidades ao nível experiencial do paciente. Esta culpa é então caracterizada por uma alteração no sentido de pertença da pessoa a um mundo significativo; assim, a culpa experienciada por um paciente deprimido não tem um objeto, a pessoa não se sente culpada em relação a algo em particular. Este sentimento é parte integrante da pessoa, um sentimento vital, cristalizado na essência do paciente - este não concebe existir de outra forma, não há alternativas à experiência desta culpa. Esta sensação altera a forma como o paciente se relaciona consigo e com os outros, independentemente da direção temporal em foco. A culpa existencial retira ao paciente a sensação de pertença ao mundo, já que lhe oferece a sensação de que o mundo estaria melhor sem ele, sem os seus erros.

A par da culpa, a desesperança é um outro tom emocional muito característico da experiência depressiva. Um paciente com depressão sente muitas vezes que as suas ações são desprovidas de um sentido, de um fim último. De facto, como foi referido no tópico da vivência temporal, na depressão, os caminhos de ação, de futuro, que o paciente pode escolher, são muito limitados, ou mesmo inexistentes, o que torna o tópico da impossibilidade uma constante na vida destes pacientes. Uma vez que o significado que atribuímos a determinadas coisas ou acontecimentos é fortemente influenciado pela perspetiva de futuro dessas mesmas coisas e acontecimentos, o foco na impossibilidade de futuro acarreta para o doente uma perda de significado geral (Bloc, Souza, & Moreira, 2016). A sensação de desesperança leva a que os doentes se isolem no seu próprio sofrimento e angústia. Ademais, as relações com os outros, o estabelecer vínculos, deixa também de fazer sentido, aumentando também a sensação de retraimento sobre si próprios destes pacientes, bem como a sensação de aprisionamento. Estes pacientes tendem a isolar-se, visto que percecionam uma espécie de parede envidraçada que os separa do resto do mundo. Para eles, os outros são seres esperançados, que vivem num lugar onde a esperança é possível e a vida tem o seu normal fluir. O mundo em que habita o paciente, por oposição, é descrito como desesperançado e estático. Os pacientes têm consciência dos outros e de como a realidade destes outros funciona; porém, sentem-se como que espectadores através da tal parede de vidro, daquela que é a *vida lá fora*, fora do seu mundo solitário e estagnado (Ratcliffe, 2015). Este bloqueio das perspetivas de futuro, a falta de abertura a experienciar novas possibilidades significativas, a perda de objetivos e esperança, levam a que determinados pacientes, que mantêm alguma capacidade de antecipação, sintam muitas vezes

medo e até mesmo pavor. Isto deve-se ao facto de que, na antecipação que conseguem fazer do que ainda estará para vir, perspetivam que o futuro apenas tem perigos para oferecer.

A emocionalidade e a afetividade na depressão são pictoricamente definidas pela implosão que referi em cima. De facto é um fervilhar de emoções muitíssimo grande, negro, doloroso e desesperante. O implodir que corresponderá ao *deixar de sentir* e à tal *anestesia emocional*, no fundo reduzir a cinzas todo um timbre pardacento que em tempo tinha sido um agradável colorido emocional. Para compreender esta dimensão, arriscaria até a referir que para conhecer qualquer dimensão do ser humano é necessário o tipo de raciocínio *em movimento* que a definição de *endon* (de onde deriva a palavra endogeneidade) nos dá. É no fluir emocional que o embotamento afetivo ocorre, que emergem os sentimentos de culpa e de desesperança, que se instala o desespero, é nos movimentos vitais que compreendermos a importância dos ritmos de vida de cada um e da importância da sua sintonia. O fluir da vida ocorre devido a esse movimento de dentro para fora, que se inicia numa estrutura endógena da pessoa, trespassa todas as suas dimensões existenciais e a conecta, ao mundo, aos outros e a um tempo coletivo. Num paciente deprimido este fluir está altamente comprometido, é uma dor, que mesmo que em casos severos não consiga ser sentida pelo paciente, poderá ser compreendida por quem quiser tocar o outro.

1.3. As Narrativas

When we are no longer able to change a situation - we are challenged to change ourselves.
Viktor E. Frankl

Atendendo ao que já foi escrito sobre a depressão, não será de todo descabido conceber a depressão como uma “perturbação da identidade narrativa” (Bartolan, 2017, pp.78). De facto, a narratividade poderá ser conceptualizada como um meio através do qual é construído um certo grau de coerência entre as várias experiências da vida humana, permitindo a construção de um *self* coeso. Para a autora, uma distinção importante a ser feita será entre a narrativa e uma *forma mínima de individualidade*. Esta última pode ser definida enquanto um sentido pré-reflexivo do *self*, inerente a qualquer estado consciente; por outro lado, a noção de individualidade narrativa refere-se a um *self*, o qual elabora uma história individual e uma *personalidade* construídas através das histórias que nós contamos sobre nós mesmos e que os outros contam sobre nós. Assim sendo, é fundamental a existência de um estado mínimo de autoconsciência, para que possa surgir uma narrativa do *self*. Ricoeur (s.d.; citado por Bartolan, 2017), que se dedicou a investigar estas temáticas, utilizou dois termos distintos para abordar a identidade: *mêmeté* (identidade semelhante ou uniforme) e *ipséité* (identidade como individualidade) A primeira forma refere-se a uma forma de identidade que permanece inalterável ao longo do tempo; em contrapartida, a segunda diz respeito a um identidade que engloba mudança. Para este autor, uma narrativa do *self* envolve uma relação dialógica entre estas duas formas identitárias. A construção de uma narrativa autobiográfica coerente afigura-se como um meio para atingir esta relação entre permanecer o mesmo e tornar-se diferente.

Na depressão, o equilíbrio dialógico entre estas duas formas de identidade está perturbado. Efetivamente, na depressão, o paciente perde a capacidade de integrar a mudança na sua própria identidade, ficando preso numa concepção de si próprio inflexível e sem margem para evolução (Stranghellini, 2004; citado por Bartolan, 2017). Ademais, a narratividade autobiográfica engloba não só a capacidade de contar a sua própria história, mas também de a contar de uma forma criativa. O que ocorre com o paciente depressivo é uma falha na atualização da sua identidade narrativa, ou seja, os aspetos criativos são afetados (Englebert & Stanghellini, 2015; citados por Bartolan, 2017).

No tópicos anteriores, foi referido que os pacientes com depressão tendem a querer agradar aos outros; de facto, estes pacientes tendem a identificar-se com os seus papéis sociais, por forma a evitar conflitos com outros que poderiam advir do desafiar destes papéis. Pacientes com uma conceção mais frágil de identidade tendem a acreditar que o seu *self* se constrói em torno de valores sociais, culturais e/ou profissionais, levando-os a agir em conformidade com os mesmos. A incapacidade de os pacientes com depressão atualizarem a sua narrativa, integrando novos elementos sobre si, faz com que se sintam aprisionados numa visão de si mesmos antiquada e da qual se sentem cada vez mais desligados. Esta incapacidade de atualização narrativa está intimamente relacionada com a afetividade nesta patologia - é pelo abatimento da experiência afetiva na depressão que os pacientes se sentem incapazes de renovar o seu autoconceito. A afetividade pode, portanto, ser conceptualizada como a força motriz que motiva o uso da criatividade na construção da história de vida. Desta forma, a perda de capacidade de experienciar emoções, característica dos pacientes deprimidos, compromete em larga escala a capacidade de integração de mudanças nas suas narrativas (Bartolan, 2017).

A autenticidade associada às histórias autobiográficas tem por base o grau de consonância entre a história e a experiência afetiva a ela relacionada. Quando esta correspondência entre os conteúdos da narrativa e a experiência afetiva falha sistematicamente, podemos questionar a autenticidade da narrativa apresentada, isto é, se esta realmente conta algo sobre a pessoa. É precisamente isto que ocorre na depressão: a dimensão afetiva abate-se, deixando as narrativas sem esta ligação. Assim, as narrativas deixam de ser percebidas como expressões autênticas do *self* do paciente; conseqüentemente, e devido ao papel fundamental das narrativas na construção da individualidade, o paciente sente que se está a “perder de si próprio”. Não obstante esta falta de sintonia entre a narrativa e a experiência afetiva, o paciente reconhece estas narrativas enquanto integrantes do seu repertório - tal significa que a pessoa tem consciência desta falta de sintonia (Bartolan, 2017).

O paciente com depressão pode não só experienciar uma quebra de afetividade em relação às narrativas que conta sobre si, mas também pode sentir a mesma quebra em relação às histórias com que acredita que os outros os identifiquem. De facto, o facto de uma história poder ser negociada intersubjetivamente confere-lhe um certo grau de resistência à mudança. No caso de um paciente deprimido, este pode continuar a contar a mesma história apesar de não a sentir

como autêntica, porque é a história que as pessoas mais próximas consideram ser verdadeira sobre si. A partilha social da narrativa do paciente poderá contribuir para a manutenção por algum tempo, da mesma, apesar da falta de correlato afetivo. Porém, a falta de ressonância afetiva por longos períodos de tempo acaba por afetar a capacidade do paciente de se identificar e de manter as suas narrativas, restando o tal vazio e a sensação de se perder de si próprio.

O embotamento emocional característico da depressão tem um impacto muito significativo, não só na experiência da narrativa no presente, mas também na capacidade do paciente de se conectar com experiências passadas. A capacidade de contar uma história coerente sobre o seu desenvolvimento não basta para que uma pessoa mantenha a sua identidade pessoal, não obstante as mudanças que ocorrem na sua vida. De facto, segundo Schechtman (1996, 2001, 2007; citado por Bartolan, 2017), existe, também, a necessidade de manter uma conexão fenomenológica com a vivência psíquica passada. De certa forma, estes estados deveriam manter-se acessíveis na vida mental da pessoa, apesar de que com um grau de intensidade inferior relativamente ao vivenciado no passado. Esta autora propõe a noção de *acesso empático* para definir esta capacidade de aceder a estados psíquicos passados. Na depressão, o acesso empático fica comprometido, visto não se verificar uma continuidade da experiência emocional do paciente, já que as emoções experienciadas antes da patologia se instalar deixam de estar presentes. O comprometimento do acesso empático enfraquece a continuidade da narrativa do paciente, já que existe uma incapacidade de reter uma ligação experiencial aos estados psíquicos passados.

Não obstante a pertinência de compreender os mecanismos através dos quais os pacientes deprimidos se sentem desligados da narrativa de si próprios, que construíram antes de adoecer em, é importante relevar também o surgimento de novas formas de compreensão narrativa neste quadro patológico. De facto, surgem novas narrativas do paciente com uma forma e conteúdos específicos; os sentimentos de culpa, desesperança e isolamento podem dar origem a narrativas com características particulares. Com alguma frequência, surgem de pacientes deprimidos narrativas diversas com uma forma idêntica, ou seja, as narrativas são diferentes; porém, ao nível da forma e do conteúdo, apresentam semelhanças notórias. Esta situação deve-se a um “estilo explicativo” mais negativo (Seligman, 2006; citado por Bartolan, 2017), que engloba três dimensões: a permanência (o paciente tende a considerar um evento

negativo como permanente, e não como temporário); a abrangência (em que grau é que a explicação de um evento negativo se pode relacionar com outras dimensões da vida do paciente); e, por último, a personalização (aquando da ocorrência de um evento negativo, o paciente tende a responsabilizar-se pelo sucedido). Estes três construtos ajudam-nos a compreender em que base são construídas as novas narrativas de um paciente com depressão, ajudando-nos a compreender como é que o paciente interpreta e conecta os vários eventos da sua vida. Importa ainda referir que os eventos apresentados numa narrativa não se encontram simplesmente justapostos uns aos outros, estando relacionados através de uma miríade de ligações significativas. Um outro fenómeno que ocorre com frequência é a recorrência de narrativas específicas na forma como o paciente conta a sua história - este facto pode relacionar-se com um fenómeno central na depressão: a ruminação. Contudo, a forma como o paciente com depressão conta a sua história pode ser descrita não só pela *repetição de velhas histórias*, como também por uma transmissibilidade dos conteúdos das mesmas, fenómeno este descrito por Binswanger (1969 citado por, Bartolan, 2017) como “intercambialidade dos conteúdos melancólicos” (p.85). Por último, importa salientar que a construção de novas narrativas neste estilo mais negativo tem uma forte contribuição de algumas emoções específicas, bem como de um fundo afetivo específico. De facto, sentimentos de culpa, vergonha, desvalorização, desesperança e desamparo parecem ter um papel central na forma como os pacientes contam as suas histórias. Em jeito de conclusão, a ligação entre afetividade e narrativa autobiográfica é clara e muito relevante para a compreensão da vivência depressiva. Assim, variações ao nível da experiência afetiva serão sinónimas de narrativas distintas.

Com as ligações passado-presente-futuro alteradas a história que os doentes deprimidos nos contam terá sido logicamente afetada por estas alterações. Mas, sendo a nossa história o cartão de cidadão do nosso *self* tal, significa que mudamos de identidade com a experiência depressiva? Na depressão ocorre aquilo que Frankl (2019) referiu: o paciente sente-se impotente perante a sua situação, não tem perspetivas de melhoria, então vira-se para si, para a sua narrativa, para a história que conta sobre si. Como a história que contamos sobre nós expressa muito da forma como damos significado aos acontecimentos, podemos concluir que quando acedemos à narrativa de um paciente com depressão estamos também, a aceder à forma como significou uma série de experiências e consolidou o seu *self* deprimido. Tal significa que estamos também perante um enorme potencial de intervenção, de re-significação de voltar a

conectar-se consigo mesmo e com a procura pelo seu sentido de vida, que, como afirma Frankl (2019, pp.102), “(...) é a motivação essencial da sua vida”.

1.4. O Corpo e a Ação no Mundo

*Tenho em mim todos os sonhos do Mundo.
Fernando Pessoa*

Compreender a depressão é, também, compreender as suas formas de expressão. Um dos veículos comunicacionais que possuímos é o nosso corpo; é ele que nos serve de interface com o mundo e que nos permite chegar aos outros. A vivência do corpo na depressão tem diversas particularidades que iremos abordar de seguida. Como base para as compreendermos, é importante a noção de *corpo vivido*, de Meleau- Ponty. Segundo este autor, é através do corpo que nos relacionamos com os outros e que agimos sobre o mundo; por outro lado, o corpo apresenta qualidades objetivas, podendo ser percebido como um conjunto de estruturas e processos orgânicos. Esta dupla intencionalidade referente ao corpo é caracterizada por um estado pré-reflexivo, implícito (*corpo sujeito*), e por um outro corpo físico concreto (*corpo objeto*). Normalmente, o foco da nossa atenção não está dirigido para o *corpo vivido* aquando da realização de uma determinada ação - agimos e interagimos sem prestar uma atenção explícita ao corpo. Contudo, o corpo aparece como objeto (da nossa atenção) quando a pessoa experiencia incapacidade ou doença. Na depressão, o que sucede é que a oscilação vital entre *corpo sujeito* e *corpo objeto* deixa de existir, o que, por conseguinte, separa o *self* do mundo (Danielsson & Rosberg, 2014). Na mesma linha de pensamento, Tatossian (1982, 1983, citado por, Bloc, Melo, Leite, & Moreira, 2015) refere que, na depressão, existe um desequilíbrio entre o *corpo sujeito* e o *corpo objeto*. O autor afirma que o corpo, enquanto objeto, se apaga: sem ele, o paciente perde a interface com o mundo - desta forma, atos considerados simples, tornam-se complicados. Existe uma grave falha na comunicação vital paciente-mundo: o paciente deixa de se conseguir enquadrar no mundo e relacionar-se com este, perde proximidade existencial com o mundo.

Na depressão, o corpo é visto como estando *fora de tom*, os pacientes sentem-se presos, minimizados e incapacitados. Não raras vezes, estes pacientes sentem-se relutantes em interagir, afastando-se de contextos e pessoas que outrora lhes diziam tanto; contudo, existe também um afastamento e uma desconexão consigo próprios (Danielsson & Rosberg, 2014). A experiência corporal de um paciente com depressão poderá ser caracterizada como uma sensação de

estranheza. Para alguns pacientes, o corpo é sentido como um apêndice, algo do qual se quer livrar. O sofrimento psíquico é tão doloroso que faz com que o corpo fique para segundo plano; porém, os sintomas podem manifestar-se corporalmente de uma forma bastante forte (tensão, vertigens, problemas de estômago etc.) - falo, portanto, de um fenómeno de somatização. Esta relação de estranheza pode ainda ser descrita como entorpecer corporal. Conforme descrito em cima, a ideia é a de um corpo ausente, como se a existência do paciente fosse sinónima da existência do seu mundo psíquico, estando o corpo completamente desligado. O paciente sente que entra num *modo automático* de agir (quando consegue agir), onde a consciência do seu corpo parece não existir. Uma outra sensação que pauta a vivência corporal na depressão é a sensação de aprisionamento. Esta prende-se com uma falta de fluidez corporal (Ratcliffe & Stephan, 2014): existe uma falta de mobilidade, a energia vital parece ter desaparecido. O paciente sente-se fisicamente trancado; porém, esta sensação reflete uma necessidade de implodir, de conseguir agir de alguma forma para minimizar os sintomas que sente. Contudo, esta ação é-lhe vedada. A falta de fluidez pode refletir-se ao nível da fala, especificamente na fluidez do seu discurso e no tom de voz do paciente. De facto, estes pacientes têm tendência a falar muito baixo e de uma forma mais lenta. Particularmente ao nível da ação do paciente no seu meio, esta sensação de aprisionamento leva a que a sua ação seja cuidadosamente planeada, para reduzir a tensão que lhe está associada e, tendo em conta as limitações sentidas pelo paciente, ações espontâneas, por exemplo, são tidas como fora do seu alcance. Muitos pacientes relatam ainda uma sensação corporal de peso ou de opressão, referindo ser uma das dimensões mais centrais na sua experiência da patologia. Os pacientes relatam uma experiência de fadiga intensa, sentindo-se sempre cansados (por mais horas que durmam), pesados e sem capacidade de agência. A sensação de peso é ainda referida enquanto uma espécie de retardamento, já que, em qualquer ação que tente realizar, o paciente refere sentir-se sempre atrasado, como se o seu corpo não agisse em conformidade com os *comandos* dados pelo paciente. A depressão pode então ser descrita como uma patologia que exacerba o efeito da força da gravidade: a resistência que os pacientes sentem poderá ser descrita como um carregar de um fardo enorme às costas (Danielsson & Rosberg, 2014).

Alguns pacientes descreveram também duas sensações corporais, neste caso positivas: uma delas prende-se com o sentir a vida, e a segunda com uma procura pela pertença. No primeiro caso, os pacientes descreviam o corpo enquanto mediador de reconexões e

experiências, em que o paciente estaria de novo em contacto com alguma vitalidade. No caso da sensação de procura pela pertença, prende-se com o facto de alguns pacientes se conseguirem sentir novamente parte integrante da sociedade enquanto *peessoas dignas*. Em casos de depressões menos severas, alguns pacientes referiram a utilidade das sensações menos positivas como uma forma de *time out* vital, como se este encapsulamento doloroso fosse uma espécie de pausa da vida para *recarregar* e procurar um sentido de pertença e de reconexão com o mundo (Danielsson & Rosberg, 2014).

Apesar desta última nota mais positiva, a verdade é que a vivência do corpo na depressão encerra uma série de descomunicação, a qual tem sido abordada ao longo deste ensaio: a falta de agência, de capacidade de agir no mundo, inibição psicomotora, a apatia. A corporalidade na depressão pode ainda ser perspectivada com recurso aos conceitos de *Innenleiblichkeit*, enquanto dimensão sensorial conectada com atividades cinestésicas, e *Außenleiblichkeit*, como uma expressão imediata dessa sensação. Estas duas dimensões da corporalidade (sensação e expressão) mantêm entre si uma relação muito próxima, sem coincidirem. Na depressão, existe uma alteração da corporalidade, ficando o corpo rígido e pesado para o paciente. Contudo, esta experiência interna de desconforto corporal sentida pelo paciente poderá não ser expressa para o exterior; assim, *Außenleiblichkeit* não expressa o *sentimento de falta de sentimento* do doente depressivo, o que muitas vezes nos leva a não compreender o desespero que é não conseguir sentir. Por seu lado, o paciente depressivo sente que o seu estado interior de desespero é totalmente transparente e que qualquer pessoa pode percecioná-lo, como se a corporalidade do paciente fosse translúcida (Micali, 2013).

Se o corpo é conceptualizado como a interface entre o nosso mundo psíquico e o mundo exterior (o meio contextual), se esta interface sofre alterações com a depressão, não será estranho que a relação com os outros fique também diferente. O paciente deprimido tende a perder a sua relação com o outro, sendo este outro *todas as pessoas* e não um outro particular com quem anteriormente mantivera uma relação (Micali, 2013). Dependendo do grau de severidade da patologia, a relação com o outro poderá ser mantida; porém, tem como base a ideia de lhe agradar, como foi suprarreferido. Esta ideia de entrega ao outro tem subjacente uma necessidade de amor, um querer ser amado por parte do paciente. Porém, este não acredita que tal possa acontecer, dado que, como já referimos, a sua experiência afetiva tem um tom bastante escuro

e desesperançoso (Bloc, Melo, Leite, & Moreira, 2015). Segundo Merleau Ponty (1945; citado por Bloc, Melo, Leite, & Moreira, 2015), é possível compreender a relação com o outro a partir da experiência do corpo vivido. Isto porque é através do corpo que percebemos o mundo e que compreendemos o outro. O filósofo acentua que o corpo funciona como abertura (ou retraimento) em relação ao mundo e ao outro; de facto, é na ligação corpo-mundo-outro ou na coexistência destas dimensões que significamos as nossas experiências. Com a quebra desta relação, com este retraimento em relação aos outros e ao mundo, o significado fica então comprometido.

A falta de agência é uma das características experienciadas pelos pacientes com depressão. Confinados num presente sem sentido, destinados a um futuro sem possibilidades diversas e caminhos alternativos, onde a depressão se afigura como a única possibilidade, não é estranho que os pacientes sintam a sua capacidade de agir sobre o mundo diminuída. Ademais, sentimentos de culpa, desesperança, bem como em alguns casos mais graves o embotamento emocional, retiram à pessoa a sua vontade de agir, de querer realizar algo e de se querer realizar. Importa ainda referir que esta falta de agência não é sentida como algo temporário, como uma perda de capacidades de ação por parte do paciente. De facto, é referida como uma contração das possibilidades de futuro do paciente: se não existem caminhos para o futuro, não existe motivação nem impulso para agir, visto que a minha ação não vai ter nenhum fim ou objetivo. A experiência de falta de agência reflete-se na quantidade de tarefas, projetos, que passaram de *díficeis a impossíveis* com o adoecer depressivo (Ratcliffe, 2015).

Em suma, a experiência da depressão implica alterações ao nível emocional e afetivo, com consequências no que respeita as narrativas destes pacientes. Se estas narrativas são tidas como uma espécie de bilhete de identidade destes pacientes, a expressão corporal é o passaporte que os faz voar, comunicando com o seu entorno. Apresentando falhas nas suas narrativas, a expressão corporal fica de igual forma limitada, o que acaba por ter um forte impacto na comunicação com os outros e na capacidade de realizar ações no mundo. Mundo, este, envolto num tempo que teima em não passar, um tédio vazio e sem significado.

O corpo torna-se na depressão uma fonte comunicacional excepcional, se por um lado expressa as somatizações por outro é a ponte de um lado mais *endo* da depressão, como é, por exemplo, a emocionalidade, com um mais *exo* como é por exemplo a ação no mundo, ou no

caso de um paciente deprimido a não-ação. Ora é este corpo, logicamente em comunicação com a mente, que estão guardados os sonhos daquela pessoa, as suas aspirações, o sentido existencial. Quando existe saúde este corpo é o que permite à pessoa agir no mundo, interagir com os outros construindo um caminho com significado rumo a estes sonhos. O que ocorre na depressão é que, no momento da implosão do paciente sobre si mesmo, os sonhos ficaram em pequenos pedaços indistintos e insignificáveis. Aquilo que outrora dava ao paciente alento, prazer e motivação é só mais um pouco de pó em si mesmo, já não tem qualquer ressonância emocional. O *ser-no-mundo* e *ser-com-o-mundo* passa a ser um *estar-no-mundo*, com muito custo, sem interação, sem envolvimento. O mundo evolui e flui e o paciente afigura-se como um objeto imóvel neste mundo que continua o seu caminho, a certa altura o peso de estar somente ali torna-se insuportável, é então que alguns pacientes tentam uma ação que de certa forma lhes parece uma redenção de tudo isto.

Quando estamos perante um caso de elevada *desvitalização*, ou seja, uma endogeneidade tão elevada e tão *fundida* na estrutura da pessoa, o *self* sente-se tão distante o seu meio envolvente e ao mesmo tempo, tão distante de si próprio que contempla a morte. Como afirma Alonso-Fernández (2010): “O depressivo encontra-se tão enfastiado da vida que chega a tratar por tu a imagem da *morte*.” (pp.37). Desta forma surge no meio de um sofrimento atroz, o fenómeno do suicídio. Este fenómeno está intimamente relacionado com todas as dimensões acima explicitadas. De facto, a falta de perspectivas de futuro que leva a sentimentos de desesperança e culpa pela manutenção de um ciclo interminável, as narrativas desprovidas de significado, o aprisionamento no próprio corpo, a falta de impulso para agir, o distanciamento dos outros são tudo contributos para que o paciente atinja um doloroso limite. Há, no entanto, duas formas que vários autores apontam para desmontar este fenómeno. Uma delas prende-se com uma forma de libertação. Ou seja, a pessoa chega a um extremo em que experiencia um esvaziamento em relação a praticamente todas as dimensões da sua vida, uma espécie de sensação de *já estar morto*, como tal deseja a morte como uma oportunidade de realizar uma ação “autêntica” de conseguir fazer algo. Isto é, apesar do suicídio poder ser visto pelo paciente com depressão como *a única possibilidade* de conseguir realizar uma ação, de conseguir aceder a este futuro bloqueado, a verdade é que o que acaba por acontecer é paradoxal, já que, a morte retira ao paciente todas as possibilidades de futuro que poderia ter (Ratcliffe, 2015; Souza & Moreira, 2018b). Contrastando com esta ideia de que o suicídio poderá ser um final de alívio, está a ideia

de que é, no fundo, uma punição. A sensação de uma miríade de caminhos possíveis para o futuro desapareceu com a depressão, a isto soma-se um sentimento de culpa permanente e inescapável que acaba por alimentar a convicção do paciente de que deve ser punido (Ratcliffe, 2015).

Na depressão, como já foi discutido anteriormente, o paciente vê o corpo como um apêndice, um “estorvo”, algo que já não lhe pertence e que lhe causa peso. Tendo como base esta ideia, podemos pensar o suicídio enquanto um ato de controlo deste corpo-objeto. Assim, na tentativa de eliminar o corpo-objeto o paciente conseguiria contacto com esse corpo que sentia como não sendo seu. Ademais, o ato suicídio pode ser enquadrado, ainda, enquanto o único, na ótica do paciente, que o poderá por em relação com o mundo e com o outro através deste domínio do corpo como objeto. Isto é o eliminar o corpo é, para o paciente, como um último ato de conexão, de ação no mundo (Souza & Moreira, 2018b).

Conforme refletido anteriormente, para chegar a este limite é um caminho muito sofrido, muito doloroso e acima de tudo de um desespero imenso. Muitas vezes, ao abordarmos a temática do suicídio a tendência é pensar no *porquê*, quais as causas que levaram uma pessoa a tentar ou a efetivar o ato do suicídio (Souza & Moreira, 2018b). Ainda que, o facto de ser um ato contra o nosso instinto de sobrevivência nos possa fazer questionar o *porquê*, existe um significado associado a este ato que merece a nossa curiosidade. Se, como os autores referiram, o ato foi significado como uma libertação ou como uma penitência ou, ao invés, lhe foi atribuído um qualquer outro significado. Há algo de muito solitário no momento de confronto com a morte, é a pessoa e o limbo da existência. Um momento que poderá ter tanto de significativo quanto de solitário. É nesse *eu para comigo* que o ato é significado, certamente de uma forma tão particular, pessoal e dramática quanto toda a experiência de sofrimento cujo limite foi atingido. Esse *eu para comigo* desesperante, transforma-se num *eu-com-o-mundo* uma última vez, de onde emerge o tal significado *oculto*, antes de cessar o movimento vital, anteriormente lentificado pela depressão.

2. Reflexões Finais

*Ver-te assim abandonado,
Nesse timbre pardacento,
Nesse teu jeito fechado,
De quem mói o sentimento.*
(Carlos Tê)

Foram versos que me acompanharam na escrita deste trabalho. Assim está um doente deprimido, abandonado em si mesmo, desconectado do mundo, fechado, em ciclo no negrume que nele habita e ensimesmado nesse mesmo ciclo. É, deste modo perceptível a necessidade de abraçar esta visão holística da depressão. Uma patologia que penetra em todas as dimensões existenciais da pessoa, deixando marcas profundas. “Na depressão sofre-se em todas as partes do ser, simplesmente por viver.” (Alonso-Fernández, 2010 pp.37) é talvez o melhor resumo da experiência depressiva, uma dor constante, forte e existencial. Esta experiência não é, contudo, partilhada por todos os pacientes diagnosticados com depressão, pacientes estes que são de igual forma contemplados nas estatísticas acima referidas.

Poderemos nós estar a atravessar a *Era da crise do construto da depressão*?

Efetivamente, se o diagnóstico de uma depressão passar pela verificação da presença ou ausência de determinados critérios diagnósticos poderemos incorrer no erro de olhar para a depressão e não para o paciente deprimido. Ainda assim, estaremos a olhar para a depressão como um conjunto de sintomas colocados lado a lado, em lugar de olharmos este construto de uma forma sistémica e holística. Na depressão o todo é muito mais do que a soma das partes, o todo é a relação única feita pelo paciente entre as suas várias dimensões experienciais. Assim, da mesma forma que o ser humano único, a forma como o paciente relaciona e significa o que vai vivenciando é, também ela, única (Ferreira & Antúnez, 2014). Desta forma, o diagnóstico deverá ser um momento de partilha desta significação muito mais do que uma contagem de sintomas. Claro está que, a vivência do fenómeno depressivo tem nuances e expressões que escapam aos sistemas de classificação, já que estes reduzem as descrições de um quadro clínico a um número de sintomas (Doerr-Zegers, Irrarázaval, Mundt, & Palette, 2017). O que tentei fazer neste trabalho foi precisamente, clarificar o construto da depressão que de facto é um

construto complexo e profundo com expressões muito particulares. Este construto aqui escrutinado difere daquilo a que vulgarmente se chama depressão, já que está amplamente difundida a utilização destes sistemas de classificação enquanto definição da patologia (Kendler, 2016). De facto, a perspetiva fenomenológica-existencial aborda a depressão em profundidade e com amplitude. Isto é, não só nos permite a compreensão aprofundada do fenómeno e da forma como se instala em cada paciente, como também nos permite olhar a depressão de uma forma sistémica, ajudando a que sejam construídas relações entre as várias dimensões de um mesmo construto. Deste modo, é possível compreender a forma como o fenómeno está implicado nas várias dimensões do ser e também o impacto geral do *ser-se* depressivo no funcionamento global do paciente.

A utilização dos sistemas de classificação suprarreferidos no âmbito da investigação, na qual se procuram critérios de inclusão e exclusão objetivos e muito bem definidos é uma forma de obter uma grelha fiável para o controlo experimental, ainda que, também exista discussão no que respeita a objetividade destes sistemas de classificação para a investigação científica (Montgomery, 2016). Contudo, torna-se algo problemático a utilização destes sistemas enquanto base de diagnóstico, já que estes deixam de fora uma série de experiências as quais têm um elevado valor clínico. Ou seja, ainda que na investigação, manuais como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2013) e a *International Classification of Diseases* (WHO, 2016) possam ser úteis enquanto grelhas de leitura de uma situação experimental, no âmbito da clínica temos a responsabilidade de lidar com a psicopatologia destes doentes, com o seu impacto nas suas vidas, com a forma como a experienciam e a significam.

Ainda que a realização de diagnósticos e a intervenção clínica estejam relacionados, nem todos os casos diagnosticados chegam efetivamente a ser casos clínicos, de facto, nas perturbações depressivas, em Portugal, o tempo que decorre entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a procura de ajuda profissional é sensivelmente de 5 anos (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017). Pelo facto de, enquanto psicólogos, possuímos a responsabilidade de acolher o paciente e compreender o seu sofrimento, a perspetiva fenomenológica-existencial poderá ter um papel preponderante também no âmbito clínico. Antes de mais porque esta *personaliza* a depressão, isto é, o paciente manifesta a patologia de uma determinada forma, única, sendo este

o foco da intervenção. Assim, olhar o paciente como um todo permite ao psicólogo compreender as relações entre as várias manifestações patológicas e a forma como o paciente as significa. No âmbito da clínica o significado é tido como um *objeto de trabalho* no sentido em que a forma como o paciente significa determinado evento permite-nos não só, perceber a presença de patologia como ainda, nos *abre uma porta* para a intervenção terapêutica. Concomitantemente, o tempo é talvez, das dimensões mais transversais no que concerne a depressão, pela sua abrangência permite-nos intervir em várias frentes. Em consulta, conseguir *trazer* o paciente de dentro de si para o mundo exterior somos capazes de compreender que significado atribui a toda a sua vivência dando aso a que possamos trabalhar com ele uma nova *significação existencial*. A depressão, ainda que para estes pacientes, aparente ser *o todo*, isto é, a única forma possível de existir, enquanto psicólogos devemos olhar este *todo* (único e particular) como um *todo* relacional, ou seja, um *todo* que habita num determinado tempo e espaço. É este olhar de contemplação de um todo e ao mesmo tempo de compreensão das suas dinâmicas e significados que faz com que esta perspetiva se constitua como uma mais-valia, não só no caminho do diagnóstico da depressão, mas também em direção a um futuro processo terapêutico.

É o caráter existencial do construto da depressão que o torna tão profundo e rico. Ainda que possamos relacionar a depressão com outras patologias, com outras áreas do saber, nos mais variados contextos; ainda que estudemos uma determinada dimensão da depressão em pormenor, visitar a essência do construto, aquela que é a experiência de uma pessoa com depressão, é essencial para não perdermos a visão do todo. Passar do conceito abstrato de entidade nosológica com determinados sintomas para a subjetividade da mente humana e para a exclusividade da expressão fenomenológica é um exercício de abertura, de empatia e de reflexão. Com este trabalho pretendi escutar a floresta e não focar somente uma árvore, pretendi dar voz a quem sofre fechado em si próprio. Ouvir os murmúrios *nesse timbre pardacento* de quem sofre em surdina e para quem o tempo passa com uma lassidão arrepiante. Compreender o fenómeno depressivo é o caminho para intervir em toda a floresta caduca, que intitulamos de depressão, é compreender essa caducidade, esse vazio pesado, tentando ao mesmo tempo intervir para substituir as árvores caducas por perenes, tentar que os caminhos *do ser* se multipliquem, ladeados por frondosas árvores as quais se erguem rumo à infinidade de possibilidades que, no final, queremos que estes pacientes experienciem.

Referências Bibliográficas

- Alonso-Fernández, F. (2010). *As quatro dimensões do doente depressivo* (1ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- American Psychiatric Association - APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: Author
- Berlanga, C. (1999). El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica. *Salud Mental*, 22, 26-32. Retirado de:
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/754/753
- Bloc, L., Melo, A., Leite, E., & Moreira, V. (2015). Fenomenologia do corpo vivido na depressão. *Estudos de Psicologia*, 20(4), 217-228. doi: 10.5935/1678-4669.20150023
- Bloc, L., Souza, C., & Moreira, V. (2016). Phenomenology of depression: Contributions of Minkowski, Binswanger, Tellenbach and Tatossian. *Estudos de Psicologia*, 33(1), 107-116. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-027520160001000011>
- Bortolan, A. (2017). Affectivity and narrativity in depression: a phenomenological study. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20, 77-88. doi: 10.1007/s11019-016-9735-0
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Danielsson, L., & Rosberg, S. (2014). Depression embodied: an ambiguous striving against fading. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 501-509. doi: 10.1111/scs.12182
- Demyttenaere, K., & Heirman, E. (2020). The blurred line between anxiety and depression: hesitations on comorbidity, thresholds and hierarchy. *International Review of Psychiatry*, 32, 1-11. doi: 10.1080/09540261.2020.1764509
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>
- Doerr-Zegers, O., Irrázaval, L., Mundt, A., Palette, V. (2017). Disturbances of embodiment as core phenomena of depression in clinical practice. *Psychopathology*, 50, 273-281. doi: 10.1159/000477775

- Ferreira, M. V., & Antúnez, A. E. A. (2014). Fenomenologia de Michel Henry e a clínica psicológica: Sofrimento depressivo e modalização. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 309-319. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737223524013>
- Frankl, V. E. (2019). *O Homem em Busca de um Sentido* (8ª Edição). Alfragide: Lua de Papel.
- Fregna, L., Locatelli, M., & Colombo, C. (2020). The Phenomenology of Depression. In Boniardi, M., & Lalumera, E. (Eds.), *Phenomenology and Mind* (pp.38-54). Torino: Rosenberg & Selier.
- Kendler, K. S. (2016). The Phenomenology of Major Depression and the Representativeness and Nature of DSM Criteria. *American Psychiatry* 173 (8), 771-780. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15121509>
- Maiese, M. (2017). Getting stuck: temporal desituatedness in depression. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17, 701-718. <https://doi.org/10.1007/s11097-017-9538-7>
- Maldiney, H. (2007). L'existence en question dans la dépression et dans la mélancolie *L'évolution psychiatrique*, 72, 771-787. doi: 10.1016/j.evopsy.2007.10.001
- Micali, S. (2013). The transformation of intercorporeality in melancholia. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12, 215-234. doi: 10.1007/s11097-011-9227-x
- Montgomery, S. (2016). Are the ICD-10 or DSM-5 diagnostic systems able to define those who will benefit from treatment for depression? *Cambridge University Press*, 21, 283-288. doi: 10.1017/S1092852916000389
- Mota Cardoso, C. (2000). O deprimir – Análise fenomenológica. *Revista Saúde Mental*, 2 (6), 11-14. Retirado de: https://www.fpce.up.pt/docentes/cmota_cardoso/textos.htm
- Nova Medical School. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental – 1º relatório. Disponível em: www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_SaudeMental_2.pdf
- OECD/EU. (2018). Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle. OECD Publishing. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf
- Ratcliffe, M. (2012). Varieties of Temporal Experience in Depression. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37, 114-138. doi: :10.1093/jmp/jhs010
- Ratcliffe, M., & Stephan, A. (2014). *Depression, emotion and the self: Philosophical and interdisciplinary perspectives*. Exeter: Imprint Academic.

- Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of depression: A study in phenomenology* (1ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Rouillon, F. (2005). La dépression, hier, aujourd'hui et demain: évolution historique des concepts. *Therapies*, 60(5), 425-429. <https://doi.org/10.2515/therapie:2005063>
- Souza, C., & Moreira, V. (2018b). Tristeza, depressão e suicídio melancólico: a relação com o outro. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(2), 173-185. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000200013&lng=pt&nrm=iso
- Souza, C., & Moreira, V. (2018a). A compreensão da experiência de depressividade na tradição da psicopatologia fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34(3447), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3447>
- Sullivan, D., & Palitsky, R. (2018). An existential Psychological Perspective on the Human Essence. In Van Zomeren, M., & Dovidio, J. F. (Eds.), *The Oxford Handbook of The Human Essence* (pp. 21-34). Oxford: Oxford University Press
- Valle, R. S., King, M., & Halling, S. (1989). An Introduction to Existential- Phenomenological Thought in Psychology. In Valle, R. S., King, M., & Halling, S. (Eds.), *Existential- Phenomenological Perspectives in Psychology* (pp. 3- 16). New York: Plenum Press
- Vogel, D. H. V., Krämer, K., Schoofs, T., Kupke, C., & Vogeley, K. (2018). Disturbed experience of time in depression—Evidence from content analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12(66), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00066>
- World Health Organization. (2016). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems (10ª revisão). Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/