



1 2  9 0

FACULDADE DE LETRAS  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

Gonçalo Miguel Abreu e Santos

## A EXPERIÊNCIA DO TEMPO NA DEPRESSÃO

### UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

Dissertação de Mestrado em Filosofia orientada pelo Professor Doutor Luís António Ferreira Correia Umbelino, apresentada ao Departamento de Filosofia, Comunicação e Informação da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

Junho de 2022

**Imagem de Capa:** Quadro de Paula Rego, intitulado “O Baile”. Sob um clima melancólico e uma luz fantasmagórica, vários personagens dançam à beira-mar. Partindo de referências autobiográficas, o quadro simboliza o ciclo da vida que se desenrola no tempo. Uma dança que representa o movimento de intersubjetividade entre a pessoa e o mundo, que constitui a experiência dos fenómenos e o local onde se desenrola a vivência do ser humano. Um movimento que está inscrito, e representa, o próprio tempo enquanto vivido. Nas palavras de J. L. Pio Abreu: “Só a partir do tempo é que podemos observar a vida e muito mais a alma, que é a sua forma mais acabada”<sup>1</sup>.

**Front Cover Image:** Painting by Paula Rego, entitled “O Baile”. Under a melancholy mood and a ghostly light, several characters dance by the sea. Based on autobiographical references, the painting symbolizes the cycle of life that unfolds in time. A dance that represents the movement of intersubjectivity between the person and the world, which constitutes the experience of the phenomena and the place where the human being unfolds. A movement that is inscribed in, and represents, time itself as lived. In the words of J. L. Pio Abreu: “It is only from time that we can observe life and much more the soul, which is its most finished form”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> José Luís Pio Abreu, *O Bailado da Alma*, (Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2014), 9.

<sup>2</sup> Pio Abreu, *O Bailado da Alma*, 9.

# FACULDADE DE LETRAS

## A EXPERIÊNCIA DO TEMPO NA DEPRESSÃO UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

### Ficha Técnica

<b>Tipo de trabalho</b>	<b>Dissertação</b>
<b>Título</b>	<b>A experiência do tempo na depressão</b>
<b>Subtítulo</b>	Uma análise fenomenológica
<b>Autor/a</b>	Gonçalo Miguel Abreu e Santos
<b>Orientador/a(s)</b>	<b>Doutor Luís António Ferreira Correia Umbelino</b>
<b>Júri</b>	<b>Presidente: Doutor Edmundo Manuel Porém</b> <b>Balsemão Pires</b> <b>Vogais:</b> <b>1. Doutora Maria Luísa Portocarrero Ferreira Da Silva</b> <b>2. Doutor Luís António Ferreira Correia Umbelino</b>
<b>Identificação do Curso</b>	<b>2º Ciclo em Filosofia</b>
<b>Área científica</b>	<b>Filosofia</b>
<b>Especialidade/Ramo</b>	<b>Fenomenologia</b>
<b>Data da defesa</b>	<b>26-07-2022</b>
<b>Classificação</b>	<b>19 valores</b>



FACULDADE DE LETRAS  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

**Agradecimentos:**

À Inês e ao Franklin, pela felicidade e tranquilidade que me trazem todos os dias. À minha mãe, ao meu pai e à minha irmã, pelo apoio e incentivo que sempre me deram. Ao Professor Luís Umbelino, pelo constante apoio e inesgotável disponibilidade ao longo da realização desta dissertação.

## RESUMO

### **A experiência do tempo na depressão: uma análise fenomenológica**

O tempo constitui e é inseparável da própria vida, uma dimensão a partir do qual o *ser humano* se estrutura no mundo enquanto relação dinâmica e corporalmente mediada. A depressão, doença psiquiátrica cuja elevada prevalência e impacto a nível funcional e vivencial lhe conferiram a designação de “o mal do século XXI”, serve como um ponto de partida para uma demonstração da importância da subjetividade numa ciência cada vez mais *objetificada*. Uma abordagem científica, que, apesar de ser responsável por uma evolução significativa na eficácia e segurança do tratamento das doenças psiquiátricas, continua a mostrar evidentes limitações no modo como compreende os sintomas e o mundo vivencial do doente com depressão. Iniciando este trabalho com uma contextualização da perturbação depressiva, tal como esta é designada, definida e compreendida à luz do conhecimento científico, embarcaremos numa exploração dos contributos de um conjunto selecionado de autores – Eugène Minkowski, Merleau-Ponty e Thomas Fuchs - que nos parecem relevantes para uma análise dos aspetos vivenciais da depressão, e em particular da vivência do tempo. Partindo das considerações destes autores, será então realizada uma abordagem fenomenológica da vivência do tempo na depressão, abordando aspetos específicos, tais como as perturbações da conação-afetividade e da temporalidade intersubjetiva. Na fase final desta dissertação, vindos da filosofia, retornamos à medicina, para que, sustentados por relatos reais da experiência do tempo em doentes com depressão e recuperando as considerações filosóficas de orientação fenomenológica dos autores mencionados, possamos demonstrar a importância e a urgência de *um encontro entre a medicina e a filosofia*.

**Palavras-chave:** Fenomenologia; Depressão; Tempo.

## **ABSTRACT**

### **The Experience of time in depression: a phenomenological analysis**

Time constitutes and is inseparable from life itself, a dimension from which the human being is structured in the world as a dynamic and bodily mediated relationship. Depression, a psychiatric illness whose high prevalence and functional and experiential impact have given it the designation of “the evil of the 21<sup>st</sup> century”, serves as a starting point for a demonstration of the importance of subjectivity in an increasingly objectified science. A scientific approach, which despite being responsible for a significant evolution in the efficacy and safety of the treatment of psychiatric diseases, continues to show evident limitations in the way it understands the symptoms and the living world of the patient with depression. Starting this work with a contextualization of the depressive disorder, as it is called, defined, and understood in the light of scientific knowledge, we will embark on an exploration of the contributions of a selected group of authors – Eugène Minkowski, Merleau-Ponty and Thomas Fuchs – who seem relevant for an analysis of the experiential aspects of depression, in particular, the experience of time. Based on the considerations of those authors, a phenomenological approach to the experience of time in depression will then be carried out, addressing specific aspects, such as the disturbances of conation-affection and intersubjective temporality. In the final phase of this dissertation, coming from philosophy, we return to medicine, where, supported by real reports of the experience of time in patients with depression and recovering the philosophical considerations of phenomenological orientation of the authors mentioned, we can demonstrate the importance and urgency of a meeting between medicine and philosophy.

**Keywords:** Phenomenology; Depression; Time.

## ÍNDICE

Agradecimentos .....	i
RESUMO .....	ii
<i>ABSTRACT</i> .....	iii
INTRODUÇÃO .....	1
1.    Nick Drake .....	1
2.    O tempo da depressão .....	7
3.    Esquema da dissertação .....	7
CAPÍTULO 1: DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO (UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO) .....	9
1.1.  A evolução do conceito de depressão: aspetos históricos e científicos .....	9
1.2.  “O mal do século XXI” .....	14
1.3.  Limitações de uma abordagem científica .....	16
CAPÍTULO 2: “UM PASSO EM DIREÇÃO AO DOENTE” .....	21
2.1.  A génese de um fenómeno .....	21
2.2.  Minkowski e o horizonte fenomenológico .....	25
2.3.  Tempo vivido .....	30
2.4.  A experiência do tempo: uma perspetiva merleau-pontyana .....	36
CAPÍTULO 3: UMA ESTRUTURA DA VIVÊNCIA DA TEMPORALIDADE .....	47
3.1.  Tempo e psicopatologia .....	47
3.2.  Temporalidade implícita .....	49
3.3.  Temporalidade explícita.....	51
3.4.  Temporalidade intersubjetiva .....	52

<b>CAPÍTULO 4: A EXPERIÊNCIA DO TEMPO NA DEPRESSÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>4.1. Tempo e depressão .....</b>	<b>59</b>
<b>4.2. A vivência do tempo no doente deprimido .....</b>	<b>60</b>
<b>4.2.1. Perturbação da conação-afetividade .....</b>	<b>61</b>
<b>4.2.2. Dessincronização Intersubjetiva .....</b>	<b>64</b>
<b>4.3. O doente deprimido: um encontro entre a medicina e a filosofia .....</b>	<b>69</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAFIA/FONTES CONSULTADAS .....</b>	<b>89</b>



## INTRODUÇÃO

### 1. Nick Drake

“Naquela noite de Sábado, Nick foi dormir cedo. Tomou os comprimidos, fumou alguns cigarros e ouviu os Concertos de Brandenburgo de Bach que comprara durante aqueles meses felizes em *Aix-en-Provence*, sete anos antes. Deitou-se e tentou dormir, mas, por volta das seis da manhã, levantou-se e foi para a cozinha, onde comeu uma tigela de flocos de milho com leite frio. Voltou para o seu quarto e tomou mais alguns comprimidos. Demasiados comprimidos. Pegou numa cópia de *O Mito de Sísifo*, uma coleção de ensaios do filósofo francês Albert Camus, que começa assim: *existe apenas um problema filosófico sério, e esse é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pensa ser vivida, equivale a responder à questão fundamental da filosofia.*

No dia 25 de Novembro de 1974, ao meio-dia, Molly Drake abriu a porta do quarto do seu único filho, para o encontrar deitado na sua cama de solteiro, envergando apenas um par de cuecas. O seu coração de 26 anos tinha parado de bater. A vida de Nick Drake havia acabado. A lenda estava prestes a começar.”<sup>3</sup>

Nick Drake, o poeta misterioso, solitário e incompreendido, foi um guitarrista e autor inglês nascido em Burma em 1948, cuja morte prematura, aos 26 anos, foi atribuída a um provável suicídio através da toma em excesso do antidepressivo que lhe havia sido prescrito. As suas letras enigmáticas, escritas numa linguagem característica de uma certa poesia melancólica, espelhavam uma angústia existencial através de paisagens bucólicas esquecidas, sob uma tez de cinzentos obscuros. Incapaz de se conectar com o mundo e com os seus pares, numa busca incessante por um significado para fantasmas que o perseguiram, criou para si uma música que representava o mais sincero espelho da sua alma – incapaz de comunicar as suas vivências angustiantes com o mundo que o rodeia, transformava-as em música, cujas significações guardava apenas para si.<sup>4</sup> Nunca lhe foram registadas quaisquer atuações ao vivo, tendo permanecido completamente isolado durante os últimos dois anos da sua vida, inerte, catatónico, fechado no seu quarto em *Warwickshire*. Os seus pais, entrevistados após a sua morte, relatam o desespero da família ao presenciar o que descreviam como um completo

---

<sup>3</sup> Trevor Dann, *Darker Than the Deepest Sea: The Search for Nick Drake*, (Cambridge: Da Capo Press, 2006), 92.

<sup>4</sup> Patrick Humphries, *Nick Drake: The biography* (London; Bloomsbury, 1997), 250. Quando questionado no âmbito da realização da biografia de *Nick*, o seu pai, Rodney Drake, oferece-nos uma descrição detalhada desses longos períodos de isolamento, da música como único meio de comunicação e da dificuldade da família em oferecer qualquer tipo de ajuda: “Ele passava longos períodos sem falar com ninguém quando andava mal. Ele costumava ouvir imensa música [nessas fases]. Costumava sentar-se ali, encostado ao piano, com as duas colunas e aparelhagem ligadas. Os períodos em que estava disponível para falar eram poucos e muitos distantes uns dos outros, tínhamos de estar preparados para o ajudar o melhor que pudéssemos” (in, Humphries, *Nick Drake*, 239).

corde de Nick em relação ao mundo que habitava – “já não conseguíamos chegar até ele, estava completamente incapaz de comunicar, passava horas intermináveis apenas sentado, a olhar”.<sup>5</sup>

As temáticas que abordava eram frequentemente tingidas de uma sensação enegrecida de depressão existencial e futilidade. Na base de uma nostalgia da inocência de uma infância perdida, expressava um mundo vivido dominado por uma espessa nuvem de perda temporalmente fundada, pautada por uma perda da sensação de pertença, do amor ideal, de uma direção e de um propósito. *O tempo, o futuro e a morte são temas transversais à discografia de Nick Drake*. O seu primeiro álbum “*Five Leaves Left*”, cujo nome nos cria uma sensação de uma certa dinâmica, de que algo vai terminar, começa com o tema “*Time Has Told Me*”, onde nos apresenta a um dos principais temas da sua obra: *o tempo*. Confortado pela dádiva do tempo, do qual colhe uma direção para a sua vida, uma “*troubled cure*”<sup>6</sup>, uma direção para um futuro de resolução, uma cura para os seus males, que, como antecipa, será atribulado. Ao longo da sua discografia, Nick vai-nos oferecendo uma janela para a sua vivência de progressiva melancolia e afastamento: a perda de todas as suas capacidade de ligação a um mundo cada vez mais longínquo, um tom de profundo enegrecimento, sem esperança num futuro que se fecha a cada dia que passa - “*Now I’m darker than the deepest sea*”<sup>7</sup>; a depressão e um prenuncio de uma morte anunciada – “*Black eyed dog he called at my door*”<sup>8</sup>; abandonado e isolado, a estrela é a sua casa solitária, onde vai chorar a incompreensão dos outros em relação à sua vivência individual – “*Why leave me hanging on a star/When you deem me so high?*”<sup>9</sup>. Incapaz de se sincronizar com um mundo que não compreendia, que “lhe fugia” constantemente, viu na arte uma via para a expiação das suas mais dolorosas experiências – *um diário musical dos fenómenos da sua interioridade*. Após a sua morte, vários fãs, entre os quais se inclui o autor desta dissertação, tentam, num ato que poderemos chamar de “*abordagem fenomenológica indireta ou à distância*”, não através da pessoa, mas através dos seus meios de expressão, neste caso a composição musical, compreender a tristeza complexa, literária e tão humana, que constitui o mundo vivido de Nick Drake.

A insatisfação com a vida e a sensação de não viver em pleno são um elemento indissociável do que é ser humano, com o qual todos, em graus diferentes, somos capazes de nos relacionar. Não são poucos os exemplos de “*mentes incompreendidas*”, separadas da realidade e do mundo, que habitam um mundo interior cinzento e angustiante, do qual brotam desesperos, tentativas de uma

---

<sup>5</sup> Humphries, *Nick Drake*, 231: “Após a sua ‘quebra’ em 1972, família e amigos descreviam um isolamento cada vez mais frequente de *Nick* ao longo dos seus dois últimos anos de vida, de este estar num espaço onde estes não conseguiam mais chegar, do seu isolamento e incapacidade de comunicar. As suas descrições, de este estar ‘apenas sentado’, durante horas, em silêncio, olhando em frente, representam todas as características da depressão clínica”.

<sup>6</sup> Nick Drake, *Five Leaves Left, Time Has Told Me*, Island Records, 1969, CD.

<sup>7</sup> Nick Drake, *Pink Moon, Pink Moon*, Island Records, 1972, CD.

<sup>8</sup> Nick Drake, *Black Eyed Dog*, 1974, Single. O termo “*Black Dog*” tem surgido ao longo dos tempos como metáfora de depressão, tendo sido celebrenemente utilizado por Winston Churchill referindo-se ao seu estado depressivo. São exemplos do seu uso atual, campanhas de sensibilização para perturbações mentais, tais como a *SANE Black Dog Campaign*, (in, *SANE Black Dog Campaign*, 2011, retirado de: <https://www.sane.org.uk/news-campaigns-media/campaigns/black-dog-campaign>).

<sup>9</sup> Nick Drake, *Hanging on a star*, 1979, Single.

compreensão falhada, que nos chegam sob a forma de melodias e rasgos de arte. Nick viveu isolado grande parte da sua vida. O que a uma análise superficial pela maioria das pessoas à sua volta se traduzia em características e *modos de ser*, na sua vivência interior representava uma longa e vagarosa construção de castelos fantasmagóricos, alicerçados numa experiência de peso existencial e estagnação temporal. Através da sua música, lembra-nos a tão importante atenção ao outro, a fenomenologia que nos traz para a vivência, a nossa e a do outro, que através da compreensão dos “mundos” de cada um, nos aproxima a todos como semelhantes. Nick lembrou e tentou, através da sua linguagem, chamar-nos para essa tão importante e urgente tarefa de, através da compreensão profunda de que cada ser humano traz consigo uma vivência subjetiva do mundo, compreendermos as angústias dos outros e nos acolhermos nas nossas *tão iguais diferenças*. Hoje, tentamos conhecer o seu o mundo através da música, contudo, certamente tarde de mais.

O assunto que aqui trazemos à discussão, investiga-se filosoficamente e espelha-se na realidade mais mundana, influenciando o dia-a-dia de todos nós, e em particular, o cuidado ao outro em contexto de fragilidade e doença. Um assunto profundo, complexo e humano; que está base do que é *ser*, de um *ser-no-mundo* que permite o próprio *ser* e vai definir o modo como vivemos e experienciamos cada momento da nossa vida. Um assunto que aflora à discussão quando todas as cognições e teorias são postas de lado, embalado pelos assuntos e por todas as pequenas e tão importantes coisas que nos rodeiam no dia-a-dia – *um pacote de cigarros, um concerto de Bach e uma taça de flocos de milho com leite frio* – o que vamos explorar é um *estado de ser* que influencia os mais ínfimos componentes da nossa vivência e do mundo circundante; um estado de melancolia desanimada, tão poderoso que se entranha em todos o mais pequenos elementos, todas as intimidades e relações, que, pintadas de cinza, vão constituir a nossa vida real. Um olhar profundamente enviesado, que pode trazer o suicídio como uma única forma de libertação. A experiência de um futuro impossível, cuja única libertação é o término da própria vida. Em outros termos, Camus, procurado por Nick na sua demanda por um significado, lembra-nos disso. Faz-nos recordar a importância da vida no seu estado mais concreto, de saber se a *nossa vida vale, ou não, a pena ser vivida*, mas também, da importância estar atento, com um olhar humano e compassivo, a todos aqueles que, toldados pela melancolia, passam a ver a vida como algo pelo qual não vale a pena lutar, como um prenúncio falhado de um futuro impossível.

Nick via no *tempo* uma referência, um guião para um possível sentido de vida. O *tempo* era referido nas suas letras como uma fonte de conhecimento, no qual procurava orientações para um futuro esperado. Contudo, envolvido pelo próprio tempo, este tornou-se um peso, uma passagem tão *explicita* que rapidamente resvalou num precipício em direção a um destacamento do mundo. *Dessincronizado da sua dimensão intersubjetiva*, o seu futuro tornou-se impossível, sem direção; Nick tornou-se inerte, sem ação, completamente *perdido de si dentro de si próprio*. Afastado dos ritmos do

mundo, encontrou na música o único ritmo que era capaz de acompanhar; um ritmo que não foi suficiente, tendo a morte sido a única libertação que foi capaz de imaginar. *Esta é uma história em que o humano e o tempo se misturam*: envolvido pelo próprio tempo que o define, Nick Drake sucumbiu a um precoce suicídio como meio libertação; uma mãe confrontada com o luto, com uma perda irreparável e a impossibilidade de se separar de um passado que o mundo já esqueceu; e um artista cuja vivência suplantou o próprio tempo que acabou por o envolver, que nos deixou uma janela para a sua alma sob a forma das mais belas e melodiosas canções. Nick, não através do estudo ou da teorização, mas através da sua própria vida, introduziu o tão importante tema que nos propomos a explorar neste trabalho: *a vivência do tempo no indivíduo com depressão*.

O tempo surge como uma tela na qual se pinta a arte e a beleza da vida. Como um extenso manto, confortável e enigmático, que cobre todos os fenómenos e permite que estes se constituam no grande mistério que é a relação entre o ser humano e o mundo que o rodeia. Todos os grandes eventos da humanidade, todas as alegrias e tristezas de cada um de nós, os bons momentos e o amor que partilhamos, tudo isso se desenrola sob o horizonte do tempo; tal como Henri Bergson escreve: “Em todo o lado onde alguma coisa viva, existirá, aberto nalguma parte, um registo onde o tempo se inscreve”<sup>10</sup>. *O tempo é a própria vida*, a relação do *eu* com o mundo que permite a existência do próprio *eu* – um tempo fundador, que abre o caminho a uma aproximação fenomenológica à vivência na *psique normal e patológica*. Tal como nos recorda J. L. Pio Abreu em “O Bailado da Alma”, para o ser humano, a vivência do tempo surge como um modo de “conceber a vida, o corpo, a mente e o mundo que o rodeia”<sup>11</sup>. Contudo, de um certo modo, o conhecimento racional e a inteligência do homem permitiram-lhe *conquistar o tempo*. À luz da neurobiologia atual, a própria mente humana é cada vez mais considerada, não da perspetiva de um objeto, mas de uma dinâmica temporal com estados e qualidades que se sucedem continuamente. A memória do passado é trazida para o presente e o futuro é cada vez mais antecipado. Neste trabalho procura-se explorar a tentativa do homem de conquistar o tempo, de compreender as suas entranhas e chegar à sua mais profunda compreensão, mas também, e em maior destaque, pretende-se abordar *o domínio do homem pelo próprio tempo*. Durante vários anos o tempo foi objeto de estudo entre filósofos, psiquiatras e psicólogos, contudo, muitos deles sucumbiram ao próprio tempo, no modo como este se envolve e condiciona vários estados patológicos, do qual é exemplo a *depressão*.<sup>12</sup> A importância do tempo sempre foi um enigma.

---

<sup>10</sup> Henri Bergson, *L'évolution Créatrice*, (Paris: Quadrige-PUF, 1941), 22. Henri Bergson criticou o conceito de extensão cartesiano, fundado numa dimensão espacial, contrapondo-lhe uma duração, de dimensão temporal, que considerava ser mais adequada ao entendimento da consciência e da vida em geral. Ao invés de conceito comum de duração, que se pode confundir com o conceito de tempo, correspondente à permanência da estrutura e da forma geral de um objeto, Bergson incluiu neste conceito a mudança observada nos seres vivos e no universo (in, Pio Abreu, *O bailado da alma*, 71-72). Bergson, *L'évolution Créatrice*, 17: “Quanto mais aprofundamos a natureza do tempo, melhor compreendemos que duração significa invenção, criação de formas, elaboração contínua do absolutamente novo”.

<sup>11</sup> Pio Abreu, *O bailado da alma*, 18.

<sup>12</sup> Recordemos a este propósito, Alberto Brochado da Silva, figura pouco conhecida da psiquiatria portuguesa, que se dedicou ao estudo do tempo, em particular à sua relação com as perturbações afetivas. Publica em 1929, um artigo intitulado de “*Perturbações da apreciação do*

Procuramos compreendê-lo, como caminho para a compreensão do que nós próprios somos. Neste trabalho, portanto, não poderíamos ignorar a questão do tempo no contexto da experiência de fragilidade, crise, dor, que acompanha os estados de enfermidade depressiva.

A falta de conhecimento em relação às doenças mentais levou, na sua fase embrionária, à gestão dos doentes mentais com base na sua conduta, não existindo qualquer abertura à sua experiência subjetiva, aos seus sintomas. À luz da ausência de estratégias terapêuticas, o isolamento destas pessoas da sociedade afigurava-se como a única “solução” possível, com atribuição das mais variadas causas para esse estado patológico, inspiradas em temáticas religiosas ou de superstição - desde a “possessão” por demónios até causas de índole moral. Os asilos, surgem no final do séc. XIX como uma primeira tentativa de oferecer um tratamento adequado aos doentes mentais. Sem terapêuticas eficazes disponíveis, vários tratamentos de eficácia negligenciável e com sérios riscos para os doentes foram empregues pelos chamados “alienistas” ao longo dos tempos, nos quais se incluem a *malarioterapia*, *insulinoterapia* e a *lobotomia*<sup>13</sup>. Contudo, nos últimos 70 anos, a prática clínica, o tratamento e a etiologia de várias doenças psiquiátricas foram reinterpretados à luz de um conjunto de avanços científicos. A sistematização dos sintomas psiquiátricos permitiu a definição de síndromes, facilitando a investigação e a validade científica da informação transmitida. Desde o ano de 1950, em

---

*tempo num caso de melancolia*” (in, Alberto Brochado, “Perturbações da apreciação do tempo num caso de melancolia”, in, *Portugal Médico*, 1929), onde, servindo-se das investigações de vários autores, tais como Eugène Minkowski e Karl Jaspers, faz uma distinção entre a consciência direta da duração vivida, que definiu como *tempo concreto*, e a apreciação secundária dessa duração, o *tempo secundário*. Contudo, o mesmo tempo ao qual se dedicou acabou por fazer parte da doença que levou à sua morte. Alberto Brochado sofria de depressão grave, tendo cometido o suicídio aos 50 anos enquanto preparava as suas provas de doutoramento, provas que nunca chegou a realizar, tendo deixado o Porto durante vários anos sem professor de psiquiatria, (in, José Morgado Pereira, *A psiquiatria em Portugal: Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*, (Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015), 231-243).

<sup>13</sup> Ao longo do século XX, até ao surgimento do primeiro fármaco psiquiátrico em 1952, sucessivas experimentações foram realizadas na psiquiatria com o intuito de encontrar uma cura para as psicoses crónicas, principalmente a Esquizofrenia e a Perturbação Maníaco-depressiva (in, Edward Shorter, *History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, (Canada: John Wiley & Sons, 1997), 223). As terapêuticas que surgiram durante este período são consideradas atualmente obsoletas, preservando-se, contudo, o interesse histórico e o facto da sua ineficácia e riscos para a saúde terem motivado a procura de terapêuticas mais seguras e eficazes.

A “cura de febre” ou malarioterapia foi proposta pelo psiquiatra vienense Wagner-Jaureg, num artigo, escrito em 1887, onde especulava que sobre a possibilidade de tratar a psicose através da febre. Em 1917, Wagner começou a administrar sangue de doentes infetados com malária em doentes com neurosífilis, uma doença infecciosa com manifestações psiquiátricas. Ao observar uma ligeira melhoria nos sintomas, propôs que o mesmo poderia ser possível nas doenças psiquiátricas. A sua “cura de febre” foi experimentada em várias doenças psiquiátricas, como por exemplo a esquizofrenia, onde, apesar de uma melhoria ligeira em cerca de metade dos casos, o facto de se tratar de uma terapêutica perigosa, com um elevado risco de morte, levou a que fosse descontinuada. Apesar dos riscos que levaram à sua descontinuação, a “cura de febre” de Wagner, ao demonstrar uma possível cura para uma das causas de psicose, quebrando o niilismo terapêutico que assombrava a psiquiatria e motivando um prémio nobel em 1927, impulsionou uma continuada investigação ao nível das terapias físicas das psicoses nos anos seguintes (in, Shorter, *History of Psychiatry*, 223-228).

Manfred Sakel descobriu, em 1933, o que chamou de “terapia do choque insulínico”, tendo proposto a sua utilização em doentes com Esquizofrenia a Otto Poetzl, sucessor de Wagner-Jaureg como diretor da Clínica Psiquiátrica Universitária de Viena. O procedimento implicava a utilização de doses elevadas de insulina, com intuito de induzir um coma, tendo Sakel registado uma melhoria dos sintomas numa grande percentagem dos doentes tratados. A “terapia do choque insulínico” representava, contudo, um método perigoso com uma mortalidade de 1 em cada 100 doentes tratados. Esta acabou por ser abandonada devido à sua perigosidade e à introdução do Metrazol, um fármaco que permitia a indução de convulsões sem coma e que veio a inspirar o desenvolvimento da electroconvulsivoterapia (in, Shorter, *History of Psychiatry*, 242-255).

A lobotomia, foi proposta por Egas Moniz, que em 1935 sugeriu a ressecção de uma parte do córtex pré-frontal de 20 doentes do Hospital Miguel Bombarda, referindo uma melhoria clínica de 7 desses doentes, dados que não foram confirmados à data. O processo consistia na remoção de uma parte do lobo frontal do cérebro, existindo duas técnicas principais: a leucotomia pré-frontal, preferida de Egas Moniz, com acesso à matéria branca através de orifícios no crânio e uma segunda técnica, proposta por Freeman, a lobotomia transorbital, onde o acesso era através da cavidade orbitária. Apesar da lobotomia tranquilizar os doentes, ao mesmo tempo, retirava-lhes as capacidades sociais e de julgamento, tornando-se os mesmos incapazes de compreender “pistas sociais” e inapropriadamente desinibidos. As sequelas importantes e o seu carácter de irreversibilidade levaram ao declínio e descontinuação desta abordagem a partir de 1950 (in, Shorter, *History of Psychiatry*, 262-267).

que surgiu o primeiro antipsicótico, os meios terapêuticos evoluíram continuamente, existindo atualmente à disposição centenas de fármacos diferentes, incluindo os ditos antipsicóticos, mas também antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores do humor e psicoestimulantes, com um aumento muito significativo na sua eficácia e uma redução significativa dos seus efeitos secundários. Deste modo, é possível atualmente tratar com eficácia várias doenças psiquiátricas através de fármacos com efeitos secundários negligenciáveis, garantindo a funcionalidade da pessoa doente e permitindo-lhe que exista e se projete no mundo de acordo com todas as suas potencialidades, desejos e valores.

Contudo, a par desta evolução que não deixa de nos surpreender, é importante notar que o desconhecimento em relação às causas específicas e aos diagnósticos psiquiátricos é ainda a regra na maioria das perturbações. O entusiasmo com as crescentes novidades da investigação científica em áreas como a neurobiologia e a psicofarmacologia, tem levado a uma simplificação continuada dos critérios de diagnóstico, das avaliações psiquiátricas e a uma standardização das perturbações psiquiátricas. Desde modo, alguns autores, advogam que a psiquiatria tem perdido, ao longo dos anos, o seu *componente humano*.

Esta *perda do componente humano* é particularmente relevante no que concerne à real vivência da doença psiquiátrica. As doenças psiquiátricas, para além de conceções materialistas, advogando alterações ao nível dos circuitos cerebrais e da neuroanatomia, afetam significativamente a vivência da pessoa em relação às várias dimensões em que se constitui. A propósito da atual prática clínica em psiquiatria e partindo da temática que nos propomos a explorar, é importante notar algo que o autor considera evidente com base na sua curta experiência clínica: *a pessoa deprimida não sente a desregulação serotoninérgica ao nível dos seus circuitos cerebrais e tão pouco as alterações neuroanatômicas frequentemente identificadas, a pessoa deprimida sente alterações na sua vivência, alterações que vão influenciar a sua experiência de si própria e do mundo que a rodeia e que a permitem existir enquanto eu que se funda em ação no mundo; a pessoa deprimida sente alterações que vão para além da mera tristeza enquanto sintoma ou da desregulação das funções biológicas, envolvendo aspetos profundos da vivência do eu, do mundo e da relação com os outros – alterações que se fundam em dimensões e aspetos do corpo, do espaço e do tempo. É da genuína preocupação do autor que, a par das investigações ao nível da neurobiologia e psicofarmacologia - investigações de um tremendo valor humanitário, que certamente irão continuar a trazer melhorias significativas ao tratamento e à qualidade de vida das pessoas com problemas ao nível da saúde mental – não sejam esquecidos os aspetos da vivência humana da doença mental, uma doença que se estende para além do corpo físico e que se define na relação do ser com o mundo, cuja compreensão exige a exploração da sua vivência subjetiva e intersubjetiva. Neste contexto, uma abordagem fenomenológica do fenómeno depressivo torna-se fundamental, por permitir abordar de modo detalhado o fundo e tal “modo de ser no mundo”.*

## 2. O tempo da depressão

Até aos nossos dias, não existem ainda exames complementares de diagnóstico capazes de diagnosticar a maior parte das doenças psiquiátricas, sendo o diagnóstico maioritariamente clínico, dependente da observação empática e da recolha de sinais e sintomas, nos quais o entrevistador baseia as suas conclusões. Não raramente, na prática clínica, não existindo um diagnóstico claro, o psiquiatra toma as suas decisões com base na sua “impressão clínica”, uma *intuição*<sup>14</sup>. Tal significa que, de algum modo, reconhece que os fenómenos clínicos têm uma dimensão “humana”, e reclamam, por isso, abordagens complexas que, por vezes, a mera intervenção sobre os sintomas não está em condições de desvendar. Considere-se, por exemplo, a experiência de tempo testemunhado pelo doente depressivo: fará parte do fenómeno da depressão? É evidente que sim. Ora, como se pode estudar o fenómeno de tal temporalidade vivida? Como um ponto de partida para uma análise fenomenológica da depressão será importante recordar e aprofundar o trabalho dos autores que ao longo dos anos, através das suas contribuições e discordâncias, fundaram os alicerces filosóficos nos quais nos baseamos. Na presente investigação, daremos atenção a alguns desses autores fundamentais: Eugène Minkowski, *que* valorizava profundamente o componente humano das perturbações psiquiátricas, tendo-se dedicado em particular aos aspetos da vivência do tempo; Merleau-Ponty, que, com base numa fenomenologia do corpo, nos permite a compreensão de um ser que se cria na sua relação com o mundo, através de um tempo que só é tempo se tiver como referência o corpo e Thomas Fuchs, que, inspirado pela fenomenologia de Merleau-Ponty, desenvolve uma “estrutura da vivência da temporalidade”, a partir da qual explora a vivência do tempo em várias perturbações psiquiátricas, entre as quais, a depressão. Através de uma reflexão acerca do trabalho destes três relevantes autores, procura-se consubstanciar a importância de uma análise fenomenológica da temporalidade, em particular, no que concerne à psiquiatria e a uma das suas patologias mais comuns, a depressão.

## 3. Esquema da dissertação

O presente trabalho irá iniciar com um primeiro capítulo dedicado à contextualização do tema. Em primeiro lugar dedicado à depressão na sua visão clínica e científica, a história da sua evolução até

---

<sup>14</sup> Henri Bergson introduziu a intuição como um tema do discurso filosófico, um processo psicológico inserido numa duração temporal contínua – “Sempre que as durações entre a consciência e o seu objeto estivessem em correspondência exata, a intuição estaria presente”, (in, Pio Abreu, *O bailado da alma*, 71).

aos critérios de diagnóstico e conceitos científicos atuais. Com o intuito de justificar a pertinência e importância do tema, serão apresentados dados epidemiológicos atuais em relação à sua prevalência e morbidade, procurando espelhar o seu impacto no mundo atual e na vida de cada pessoa afetada. Por fim, será realizada uma reflexão em relação às limitações dos critérios e abordagens científicas atuais e de que modo estes podem e devem ser complementados por uma componente subjetiva, valorizando os aspectos da vivência das doenças, dos quais serão exemplo, os aspectos da vivência do tempo. No segundo capítulo, embarcaremos numa análise dos contributos de um conjunto selecionado de pensadores contemporâneos que nos parecem decisivos para uma análise da experiência depressiva. Referimo-nos a autores como Eugène Minkowski e Merleau-Ponty, terminado com Thomas Fuchs e a sua proposta para uma estrutura da vivência do tempo, que nos ocupará durante o terceiro capítulo e nos inspirará para o capítulo seguinte. No quarto e último capítulo, iremos dedicar-nos à abordagem fenomenológica da depressão, abordando aspectos específicos da vivência da depressão, nomeadamente no que concerne à perturbação da consciência ou “inibição vital” e da sincronização intersubjetiva. Numa fase final, vindos da filosofia, iremos retornar à clínica, onde, através de testemunhos reais, tentaremos, com base na temporalidade e na vivência da depressão, estabelecer um, tão importante e urgente, encontro entre a medicina e a filosofia.



## CAPÍTULO 1

### DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO (UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO)

#### 1.1. A evolução do conceito de depressão: aspetos históricos e científicos

As primeiras referências ao termo *melancholia* remontam aos tempos de Hipócrates (460 a.C. – 370 a. C.) e à famosa *Teoria dos Humores*, em que a melancolia representava um estado dominado pelo medo e pela tristeza, sendo considerada como o resultado da acumulação de bílis negra.<sup>15</sup> Posteriormente, Galeno (129 d.C. - 217 d.C.) manteve a teoria de Hipócrates em relação às possíveis causas da melancolia, contudo, às características afetivas descritas por Hipócrates, adicionou a presença de ideias fixas e bizarras, uma dualidade de sintomas que foi também defendida por Areteu da Capadócia (81 d.C. – 138 d.C.).<sup>16</sup> Nos séculos XVIII-XIX, assiste-se a uma mudança do significado originalmente proposto por Hipócrates, passando a ser atribuídas à melancolia as alterações do pensamento, tais como ideias delirantes ou sobrevalorizadas, ao invés das alterações afetivas previamente descritas. Em 1809, Philippe Pinel (1745 – 1826) divide as perturbações mentais em quatro grupos principais: *melancholia*, *mania*, *idiotismo* e *demência*.<sup>17</sup> Segundo Pinel, na melancolia os doentes estão dominados por uma ideia específica, da qual se lembram a cada frase que proferem e cuja relevância se torna superior a todas as outras ideias, uma definição que se enquadra no termo atual de *ideia sobrevalorizada*. Jean-Étienne Esquirol (1772 – 1840), discípulo de Pinel, designou por *monomania* um conjunto de situações de *loucura parcial*, caracterizadas por uma alteração parcial da inteligência, dos afetos e da vontade.<sup>18</sup> Estas poderiam apresentar-se, no que se refere ao componente

---

<sup>15</sup> Diogo Telles Correia, *As Raízes do Sintoma e da Perturbação Mental*, (Lisboa: Lidel, 2018), 35.

<sup>16</sup> Correia, *As Raízes do Sintoma e da Perturbação Mental*, 35.

<sup>17</sup> Philippe Pinel, *A Treatise on Insanity*, (Sheffield: Cadell and Davies, 1806), 134-173.

<sup>18</sup> Jean-Étienne Esquirol, *Mental Maladies, a Treatise on Insanity*, (Philadelphia: Lea and Blanchard, 1845), 319-376.

dos afetos, de uma forma depressiva, ao qual deu o nome de *lipemania* ou de uma forma expansiva, que designava a *monomania* propriamente dita. Ao longo da sua obra, Esquirol utiliza o termo *melancolia* como sinónimo de *monomania*.

Considera-se que o movimento humanístico na psiquiatria teve as suas raízes com Philippe Pinel, considerado o “pai da psiquiatria moderna”, que foi responsável por trazer a saúde mental para a área da medicina. Esquirol, psiquiatra parisiense do início do século XIX, seguindo as passadas de Pinel, foi o responsável pela criação de uma rede de instituições dedicadas ao cuidado dos doentes mentais em França, sendo o criador do que viria mais tarde a chamar-se de “psiquiatria social e comunitária”. Pinel e Esquirol são considerados os “grandes descritores” da psiquiatria francesa inicial, tendo-se focando numa descrição detalhada dos sintomas observados, nomeadamente sintomas *sincrónicos*, sendo descurada a evolução dos mesmos, e apresentando causas relacionadas com aspetos morais. Em conjunto, foram responsáveis pela criação da chamada “psiquiatria asilar”, que se disseminou por todo o território francês, tal como pelo abandono da conceção popular dos doentes mentais, vistos como inaptos a uma vida em sociedade, destinados a uma vida nas ruas – à data predominavam as ideias erróneas, populares, vagas e supersticiosas da loucura, sendo o doente mental visto como um “alienado da sociedade”. Com o trabalho desenvolvido por estes pioneiros da psiquiatria francesa, a doença mental passou a ser considerada como um estado de doença, passível e com necessidade de tratamento, passado a ser considerada uma responsabilidade da medicina. A propósito do presente trabalho, será pertinente recordar que, já nestes “tempos embrionários” da psiquiatria, o tempo era considerado como uma base de estruturação de possíveis causas e tratamentos das perturbações mentais. Esquirol, pensou os primeiros “asilos” baseando-se no que considerava serem os benefícios terapêuticos da organização das atividades dos pacientes em períodos de tempo definidos. Baseando-se nas suas experiências em clínicas privadas, desenvolveu a noção de um regime e rotinas diárias definidas como base de uma possível terapêutica.<sup>19</sup>

O trabalho realizado por vários médicos da época, dedicados à psiquiatria e à neurologia, veio influenciar o caminho da psiquiatria enquanto especialidade médica, passando progressivamente a incluir conceitos de índole científica e sobretudo *humana*, um movimento que se disseminou por toda a Europa. Os trabalhos de Jean-Martin Charcot sobre a histeria<sup>20</sup>, que versaram sobretudo sobre um componente visual e comportamental, constituíram um marco no estudo dos processos psicogénicos sob um ponto de vista científico e que, apesar de muitas das suas considerações se terem mostrado

---

<sup>19</sup> Shorter, *History of Psychiatry*, 34.

<sup>20</sup> Por volta de 1880, na *Clínica de Salpêtrière* em Paris, Jean-Martin Charcot iniciou vários estudos e tratamentos inovadores para o que era à data considerado a histeria. Entre os métodos utilizados nos seus estudos encontrava-se a hipnose. Charcot considerava que a histeria seria uma doença neurológica que se manifestava em doentes com predisposição hereditária. Pierre Janet e Sigmund Freud, autores que viriam a anunciar uma revolução científica veiculada pelo advento do inconsciente, assistiram às aulas e aos estudos de Charcot, tendo sido fortemente influenciados por este (in, Shorter, *History of Psychiatry*, 165).

posteriormente como cientificamente incorretas, vieram a influenciar vários dos seus alunos a continuarem as suas pesquisas, entre os quais se destaca Sigmund Freud<sup>21</sup>. A partir dos seus trabalhos, baseados essencialmente no método anátomo-clínico, Freud veio propor que seria necessário recorrer à psicologia para compreender a *neurose histérica*<sup>22</sup>, tendo fundado em 1890 o primeiro laboratório de psicopatologia, na altura destinado ao seu discípulo Pierre Janet.<sup>23</sup> Este laboratório tinha como objetivo a investigação aprofundada do doente, assumindo, a propósito de um pendor essencialmente psicanalítico, uma especial dedicação ao estudo do subconsciente e da matéria dos sonhos. Contudo, devemos ressaltar, que, apesar de algumas das suas considerações serem discutíveis à luz da ciência moderna, Freud trouxe a escuta do doente para o centro do diagnóstico e da terapêutica. Através de uma técnica de entrevista que designava por *associação livre*, Freud permitia ao doente descrever livremente tudo o que lhe surgia à consciência, valorizando todos os pormenores descritos, para, segundo considerava, através deles chegar ao subconsciente e posteriormente à cura do paciente; um processo que foi descrito pela sua primeira paciente, *Anna O*, com a *“cura pela palavra”*<sup>24</sup>. A este propósito, Lain Entralgo<sup>25</sup> escreve no seu livro que, na sua crítica a Charcot, Freud considerava que este “não soube ver algo que só podia ser ouvido”<sup>26</sup>, colocando de forma clara o problema da consciência psicológica: *ao contrário da valorização exclusiva da dimensão comportamental, os doentes neuróticos devem ser “considerados como querer, sentir e falar: verdadeiras pessoas”*<sup>27</sup>. Deste modo, Freud, propõe o abandono de uma observação exclusivamente comportamental do doente, método que tinha marcado as décadas posteriores da investigação psiquiátrica, passando a dirigir a colheita de dados para a escuta do doente e para o conteúdo das suas vivências, que usava como um meio de diagnóstico.

---

<sup>21</sup> A psicanálise, alicerce da teoria psicodinâmica e de grande influência no pensamento psiquiátrico atual, foi fruto do génio de Sigmund Freud. Entre 1887 e 1897, *Freud* dedicou-se ao estudo e observação das suas pacientes “histéricas”, investigação que viria a contribuir para o início da psicanálise. Estas primeiras pesquisas partiram da sua colaboração com Joseph Breuer, médico respeitado da comunidade vienense da altura. Sabendo dos interesses de Freud pela patologia histérica, este contara-lhe acerca de uma paciente incomum que tinha acompanhado durante um ano e meio, que ficou conhecida pelo pseudónimo de *Anna O*, a partir da qual Freud demonstrou o poder das memórias inconscientes na produção dos sintomas histéricos, tal como uma possível cura, que a doente descrevia como: *cura pela palavra*. Em 1900 publica aquela que viria a ser a sua principal obra, *“A Interpretação dos sonhos”*, onde apresenta a teoria dos sonhos e da sua relação com os sintomas psiconeuróticos, tal como o seu modelo topográfico da mente, dividindo-a em três partes: o sistema consciente; pré-consciente e subconsciente, (Benjamin Sadock, Virginia Sadock, Pedro Ruiz, *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (Porto Alegre: Artmed, 2017), 151-155).

<sup>22</sup> A neurose histérica ou histeria, cujo nome atualmente foi substituído por perturbação conversiva, designa uma perturbação em que ocorrem determinados sintomas ou défices que afetam funções motoras ou sensoriais voluntárias, sugerindo outra condição clínica, mas que aparentam ser causados por fatores psicológicos. Paul Briquet e Jean-Martin Charcot contribuíram para o desenvolvimento do conceito de perturbação conversiva ao demonstrarem a influência da hereditariedade nos sintomas e a associação frequente com um evento traumático. O termo “conversão” foi proposto por Sigmund Freud, que, com base no seu trabalho com *Anna O*, formulou a hipótese de que os sintomas da perturbação conversiva refletiriam conflitos inconscientes, (Sadock, *Compêndio de psiquiatria*, 473).

<sup>23</sup> Pereira, *A Psiquiatria em Portugal*, 22.

<sup>24</sup> Sadock, *Compêndio de psiquiatria*, 153.

<sup>25</sup> Pedro Laín Entralgo, *La Historia clínica, Historia y teoría del relato patográfico*, (Madrid: Triacastela, 1998).

<sup>26</sup> Pereira, *A Psiquiatria em Portugal*, 22.

<sup>27</sup> Pereira, *A Psiquiatria em Portugal*, 23.

Também em Portugal, no final do século XIX, começaram a surgir movimentos na direção de uma humanização do cuidado aos doentes psiquiátricos. Os esforços para a institucionalização da psiquiatria iniciaram em 1880 a partir do trabalho de Miguel Bombarda, com a quebra da conceção popular do “louco” e a sua substituição por “uma pessoa doente que é necessário proteger e tratar”; Júlio de Matos reiterou estas considerações, defendendo uma função de terapêutica eminentemente médica e de defesa social por parte das instituições psiquiátricas da altura<sup>28</sup>. Desde 1848 a 1880, o único asilo de “alienados” em Portugal era o Hospital de Rilhafoles em Lisboa. A abertura do Hospital Conde Ferreira em 1883, dirigido por António Maria de Sena, impulsionou o desenvolvimento da teoria e da prática psiquiátrica enquanto ciência médica em Portugal. Um impulso que, apesar do seu falecimento, continuou com os seus discípulos Júlio de Matos (1856-1922) e Magalhães Lemos (1855-1931). A publicação da obra “Os alienados em Portugal”, em dois volumes em 1884 e 1885, constituiu o primeiro grande estudo da abordagem da doença mental em Portugal, nos seus contextos histórico, assistencial, social e administrativo.<sup>29</sup> Estes avanços concretizaram-se com a publicação da *Lei Sena* em 1889, que contemplava a assistência a alienados criminosos, tendo prosseguido com nomes como: Bettencourt Rodrigues (1854-1933), Magalhães Lemos, Sobral Cid e Elísio de Moura.<sup>30</sup> Dos dois últimos nomes, destaca-se o cultivo da subtileza da compreensão psicológica como essencial à terapêutica e a criação, em Coimbra, em 1907, do primeiro “Curso livre de Neurologia”, que, alimentados por correntes positivistas e naturalistas, contribuíram para a humanização e criação da psiquiatria enquanto disciplina médica em Portugal.

Na escola alemã, no final do século XIX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856 – 1926), considerado o pai da psiquiatria moderna, através de uma observação cuidadosa e longitudinal<sup>31</sup> dos seus pacientes durante vários anos, estrutura a sua famosa divisão nosológica, que viria a influenciar a psiquiatria até aos dias de hoje.<sup>32</sup> Kraepelin separa a *Dementia Praecox*, na qual predominavam as alterações cognitivas e do pensamento e a *loucura maníaco-depressiva*, na qual predominavam as alterações afetivas, onde se incluía a *melancolia*. Os detalhes das suas observações levaram à definição de vários tipos de *melancolia*, nomeadamente: *simplex*, *grave*, *paranoide*, *fantástica* e *confusa*. Com estes desenvolvimentos, a *melancolia* deixa de ser considerada uma perturbação caracterizada por alterações do pensamento, passando a ser caracterizada pelo predomínio de sintomas afetivos, nomeadamente depressivos. Na transição dos séculos XIX-XX o termo *melancolia* é progressivamente substituído pelo termo *Depressão*, ou *Perturbação Depressiva*, apresentando uma conotação mais

---

<sup>28</sup> Pereira, *A Psiquiatria em Portugal*, 31-32.

<sup>29</sup> Pereira, *A Psiquiatria em Portugal*, 32-33.

<sup>30</sup> Pereira, *A Psiquiatria em Portugal*, 33-34.

<sup>31</sup> Distinguindo-se neste aspeto da psiquiatria francesa, em que a observação longitudinal dos doentes era descuidada, sendo apenas valorizados os sintomas sincrónicos, ou seja, apenas era valorizado o sintoma à data da observação, não sendo valorizada a sua evolução.

<sup>32</sup> Emil Kraepelin, *Clinical Psychiatry*, Sixth Edition, (London: The Macmillan Company, 1902), 152-202, 282-315.

fisiológica. Atualmente, o termo *Depressão* é preferido pela grande maioria dos autores, tal como pela comunidade científica, sendo utilizado nos dois principais sistemas classificativos de perturbações mentais utilizados atualmente.

De um ponto de vista estritamente científico e à luz dos critérios de diagnóstico atuais, a *Depressão*, também chamada de *Perturbação Depressiva Major*, é definida por pelo menos um episódio depressivo, com uma duração mínima de 2 semanas, envolvendo alterações evidentes no humor, nos interesses e sensação de prazer, cognição e sintomas vegetativos.<sup>33</sup> A 5ª Edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5), desenvolvido nos Estados Unidos da América, define a *Depressão* de um modo categorial, com base numa série de critérios clínicos, de duração e impacto funcional necessários ao diagnóstico. Para realizar um diagnóstico de *Perturbação Depressiva Major* o indivíduo deve apresentar pelo menos *cinco* de um conjunto de sintomas, nomeadamente: humor deprimido, anedonia, diminuição ou aumento do apetite, insónia ou hipersónia, fadiga ou perda de energia, sentimentos de baixa autoestima ou de culpa, diminuição da capacidade de concentração e pensamentos de morte ou ideação suicida.<sup>34</sup> O humor deprimido e a *anedonia* - que designa uma diminuição de prazer nas atividades de vida diária - devem estar ambos presentes para que este diagnóstico seja considerado. Por fim, para formalizar o diagnóstico, o conjunto dos sintomas descritos deve causar sofrimento significativo e prejuízo a um nível funcional, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento. Neste manual são ainda definidos vários subtipos clínicos de *Perturbação Depressiva Major*, nomeadamente os subtipos: *ansioso, melancólico, psicótico, pós-parto e sazonal*.<sup>35</sup> De origem europeia, a comunidade médica conta ainda com outro manual de classificação diagnóstica, a *Classificação Internacional de Doenças*, atualmente na 11ª Edição, onde os critérios utilizados, também de base categorial, são globalmente semelhantes. Nesta, a *Perturbação Depressiva* é caracterizada por “humor depressivo (por exemplo: triste, irritável ou agressivo) ou perda de prazer, acompanhados por outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos que afetam significativamente a vida do indivíduo”<sup>36</sup>. Tal como na 5ª Edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5), reforça-se a necessidade de exclusão de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos, o que poderia sugerir um diagnóstico de *Perturbação Afetiva Bipolar* e são descritas várias dimensões que permitem uma melhor caracterização do diagnóstico, nomeadamente no que concerne à severidade, evolução longitudinal e curso de sintomas, tal como outros sintomas ou patologias concomitantes.

---

<sup>33</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, (Arlington VA: American Psychiatric Association, 2013), 160.

<sup>34</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic*, 160-161.

<sup>35</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic*, 162.

<sup>36</sup> World Health Organization, *ICD-11: International classification of diseases*, 11<sup>th</sup> Edition, 2019, retirado de: <https://icd.who.int/>.

A observação continuada em contexto clínico, as descrições dos doentes e o conhecimento intuitivo da prática clínica, levaram a múltiplas descrições sintomáticas e subtipos clínicos, que se estendem para além dos critérios de diagnósticos referidos. Considera-se como sintoma cardinal de um episódio depressivo - a *depressão vital*<sup>37</sup> do humor - representando um estado de espírito que, partindo da corporalidade, invade e contamina todo o ambiente. Um sentimento que vem de dentro e que impregna o ambiente, um pessimismo que envolve toda a cognição, levando a que apenas a catástrofe, a ruína ou a morte sejam expectados. Os mais dolorosos sentimentos, como a culpa e a desesperança são exacerbados e a memória apenas deixa recordar os mais tristes acontecimentos.<sup>38</sup> Assim, de um ponto de vista clínico, com base nos quadros sintomáticos comumente observados, são definidos dois subtipos clínicos de Depressão: *melancólica e reativa*. A depressão vital do humor, a par da insónia, da variação diurna do humor, da perda de prazer e dos sentimentos de culpa, representam as características melancólicas do episódio depressivo, definindo um dos subtipos clínicos de depressão: *a depressão melancólica ou endógena*. Esta é caracterizada pela presença de uma tristeza profunda, anedonia, perda de ressonância emocional, sintomas vegetativos como insónia e perda de apetite, podendo incluir ideias delirantes de ruína ou de culpa. Está associada a uma maior probabilidade de etiologia orgânica ou neurobiológica e a uma melhor resposta à medicação psicofarmacológica. Por outro lado, o segundo subtipo de depressão - *a depressão reativa ou neurótica* - ocorre geralmente em pessoas com disfunções da personalidade, existindo um predomínio da sintomatologia ansiosa e uma melhor resposta à psicoterapia.<sup>39</sup>

## 1.2. “O mal do século XXI”

A Depressão representa uma doença psiquiátrica debilitante cuja prevalência e relevância no contexto clínico e social é cada vez mais proeminente. Dados recentes recolhidos pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation*<sup>40</sup> estimam que 3,8% da população mundial sofre de depressão, e que dentro destes, 5% são adultos com mais de 60 anos de idade. Aproximadamente 280 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão<sup>41</sup>. A Organização Mundial de Saúde prevê, que no ano de 2030

---

<sup>37</sup> Através da designação “vital”, Kurt Schneider, diferenciou o estado depressivo de uma simples tristeza, tal como da possibilidade de este ser reativo a um determinado acontecimento, (in, José Luís Pio Abreu, *Elementos de Psicopatologia Explicativa*, (Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014), 172).

<sup>38</sup> Pio Abreu, *Elementos de Psicopatologia Explicativa*, 172.

<sup>39</sup> Correia, *As Raízes do Sintoma e da Perturbação Mental*, Lisboa, 36.

<sup>40</sup> World Health Organization, “Depression”, 2021, retirado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

<sup>41</sup> World Health Organization, “Depression”, 2021, retirado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

esta venha a ser a doença mais comum do mundo, contribuindo significativamente para a morbidade global, afetando mais de 350 milhões de pessoas, de todas as idades e comunidades.<sup>42</sup>

Entre todas as doenças, a depressão é a segunda maior causadora de incapacidade.<sup>43</sup> Entre a morbidade associada, inclui-se um impacto significativo no funcionamento laboral, acadêmico e familiar da pessoa afetada. A depressão está associada a um aumento do risco de desenvolver várias doenças, tais como a Diabetes Mellitus e o Enfarte Agudo do Miocárdio, tal como ao risco de morte por suicídio.<sup>44</sup> Dados da Organização Mundial de Saúde, demonstram que um indivíduo diagnosticado com depressão tem uma taxa de mortalidade 1,4 vezes superior à população geral.<sup>45</sup>

Para além do sofrimento, muitas vezes invisível e escondido, da perda funcional e do isolamento social, o impacto da depressão é particularmente observável aos olhos da sociedade através das mortes por suicídio. É estimado que as pessoas que sofrem de depressão têm uma probabilidade vinte vezes superior à da população geral de morrer por suicídio.<sup>46</sup> Dados de Junho de 2021, recolhidos pela Organização Mundial de Saúde espelham uma prevalência e um impacto cada vez mais global. Mais de 700000 pessoas morrem por suicídio a todos os anos.<sup>47</sup> A própria divulgação pública do suicídio, em particular quando referente a figuras célebres, foi associado a um aumento da taxa de suicídio na população exposta a essa informação, caracterizando o que ficou conhecido como o *Efeito de Werther*<sup>48</sup>. O suicídio representa uma consequência grave de uma patologia prevalente, sendo atualmente a quarta principal causa de morte entre os 15 e os 19 anos de idade.<sup>49</sup>

A depressão apresenta-se assim como “o mal do século XXI”, uma patologia de prevalência crescente, cujos fatores de riscos em constante aumento, associados à dinâmica da sociedade e do trabalho, tornam imperativa uma atuação individual e social, que poderá começar com um ganho de consciência e uma maior informação relativa ao tema. O termo “depressão” remete-nos para um conjunto de sintomas, de onde se destacam a tristeza, a perda de prazer e o desânimo, aos quais se

---

<sup>42</sup> World Health Organization, “Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level”, Executive Board, 103<sup>th</sup> session, 2011, 1.

<sup>43</sup> Theo Vos, *et al*, “Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for Global Burden of Disease Study 2013”, in, *Lancet*, 386, 2015, 743-800.

<sup>44</sup> Christian Otte, *et al*, “Major Depressive Disorder”, in, *Nature*, 2, 2016, 1-20.

<sup>45</sup> World Health Organization, Global burden of mental disorders, 1.

<sup>46</sup> Eduard Chesney, *et al*, “Risks of all cause suicide and suicide mortality in mental disorders: a meta review”, in, *World Psychiatry* 13, 2014, 153-160, 2014.

<sup>47</sup> World Health Organization, “Suicide”, 2021, retirado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

<sup>48</sup> O *Efeito de Werther* refere-se ao facto de as taxas de suicídio aumentarem após um suicídio ser publicamente divulgado. O nome surgiu na sequência do romance de Johann Wolfgang Von Goethe – “Os Sofrimentos do Jovem Werther”, no qual o personagem principal comete o suicídio com um tiro na cabeça. Após a sua publicação em 1774, houve um aumento das taxas de suicídio, tendo o livro sido proibido em vários locais, (in, Eva Rose Schaffer, “A Review if the Werther Effect and Depictions of Suicide: 13 Reasons Why”, in, *UC Merced Undergraduate Research Journal*, 2018, 10(2)). O efeito de contágio ou sugestão para o suicídio veio a ser posteriormente estudado por Philips, que revelou que, à medida que artigos de primeira página sobre suicídio aumentam, também as taxas de suicídio aumentam – registou-se, como exemplo, um aumento das taxas de suicídio nos Estados Unidos da América e no Reino Unido de 12,04% e 8,83%, respetivamente, após a divulgação do suicídio de Marilyn Monroe, (in, David P. Philips, “The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther Effect”, in, *American Sociological Association*, 39(3), 1974, 340-54).

<sup>49</sup> World Health Organization, Suicide, 2021.

podem associar sintomas físicos importantes, evidentes a um nível corporal e ainda, sentimentos de culpa e de desesperança, que podem levar a uma sensação de estar “sem saída” e que tornam o suicídio a única solução possível. Trata-se, portanto, de uma doença que, apesar de operar através de uma destruturação das mais profundas dimensões vivenciais, podendo deixar a pessoa incapaz de agir em direção aos outros e inclusivamente questionar a sua presença no mundo, pode, para um olhar distraído, simplesmente “não se ver”. Não são raros os relatos e as fotografias de celebridades a sorrirem, ou a aparentarem uma vida feliz e preenchida, dias antes de cometerem o suicídio. Estas considerações devem-nos levar a uma reflexão profunda no impacto que a depressão tem na pessoa e na sociedade, mas principalmente, de compreendermos que não se trata de uma patologia visível a “olho nu” ou através de um qualquer método analítico ou imagiológico. A extensão e o impacto da Depressão “não se vê”, a sua compreensão depende de uma atenção particular aos fenómenos que definem o mundo vivencial onde se estrutura o indivíduo. Uma abordagem fenomenológica dirigida às estruturas vivenciais do doente deprimido, torna-se um caminho essencial, em direção a uma maior compreensão e empatia pelo outro. Um caminho que, partindo da filosofia, permitirá o florescimento de uma sociedade com menor estigma, maior abertura à ajuda e maior acesso aos cuidados de saúde, permitindo melhores cuidados médicos e psicológicos, que levarão a uma melhor qualidade de vida para todas as pessoas com doença mental.

### **1.3. Limitações de uma abordagem científica**

Desde o início da sua prática, a psiquiatria foi desde sempre confrontada com diversas dúvidas e limitações. O desconhecimento das causas das doenças, as dúvidas diagnósticas e a impossibilidade de tratamento eram a regra nos antigos “asilos”. Embora se tenha observado uma evolução exponencial do conhecimento em relação a áreas como a neurobiologia e a psicofarmacologia, nos últimos 70 anos, as limitações a nível diagnóstico e terapêutico continuam a constituir uma grande fatia da prática clínica atual.

Nas décadas de 1960 e 1970, observou-se um crescimento do papel das ciências sociais, sendo os diagnósticos e as terapêuticas psiquiátricas questionadas à luz de pressupostos sociais e culturais. A loucura passa a ser encarada como um mito ou uma construção social e as instituições como instrumentos de controlo social, ideias que caracterizaram o *movimento da antipsiquiatria*. Este movimento, cujos principais representantes incluíam R. D. Laing, David G. Cooper, Michel Foucault e Thomas Szasz, negava a existência da doença mental, considerando inclusivamente o próprio ato de diagnóstico como causador de doença mental. Apesar de uma perspetiva eminentemente crítica, este movimento teve o mérito de estimular uma discussão sobre as limitações de fidelidade e validade dos



diagnósticos psiquiátricos, tal com as consequências sociais da aplicação dos mesmos, cujas preocupações se mantêm válidas nos dias de hoje. Estas opiniões e movimentos, vieram, a par do nascimento da psicofarmacologia, a influenciar e impulsionar o desenvolvimento de melhores classificações e orientações diagnósticas.

Atualmente, o processo de diagnóstico em psiquiatria é realizado através do agrupamento de experiências subjetivas reportadas pelo indivíduo, que designamos por sintomas, e de alterações objetivas do comportamento, cognição ou discurso, que vão definir uma determinada síndrome. Contudo, apesar do desenvolvimento de novos e mais rigorosos critérios de diagnósticos, com aumento da fidelidade, várias desvantagens são identificadas numa abordagem categorial da psiquiatria, entre os quais o problema da validade.<sup>50</sup> O desenvolvimento dos critérios de diagnóstico categoriais em psiquiatria, cujo marco consistiu na publicação da 3ª Edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III)*<sup>51</sup> em 1980, permitiu aumentar a fidelidade diagnóstica, a concordância entre clínicos e o desenvolvimento de entrevistas clínicas mais precisas. Contudo, várias desvantagens são identificadas na utilização dos atuais critérios de diagnóstico<sup>52</sup>: rigidez e restrição da informação incorporada no diagnóstico, não permitindo a inclusão de dados relativos à história clínica ou dados de “intuição clínica”; uma percentagem de doentes não incluídos nos critérios operacionais, permanecendo em categorias “residuais” ou “não especificadas” e ainda o aumento da probabilidade de consideração das nosologias psiquiátricas como realidades objetivas. Estas limitações são inclusivamente verbalizadas pelo responsável pelo desenvolvimento da 3ª Edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III)*: “Com o problema da fidelidade resolvido, temos de reconhecer que existem ainda dois problemas por resolver: a validade e as características únicas de cada doente. A fidelidade não garante validade. Contudo, a fidelidade é um precursor necessário ao estabelecimento da validade das classes diagnósticas”<sup>53</sup>. Partindo da fidelidade da ciência em psiquiatria, importa reconhecer a variabilidade da experiência subjetiva, que se configura como um passo necessário e imprescindível para o ponto de ciência em que nos encontramos hoje. *Estamos hoje num ponto de entrave, em que a ciência necessita da filosofia para avançar.*

A introdução dos critérios e definições operacionais resultou numa melhoria da fidelidade diagnóstica em psiquiatria, permitindo uma maior concordância interpares e beneficiando em grande medida a prática clínica e a investigação. Contudo, o surgimento de diferentes sistemas de classificação operacionais nas últimas décadas do século XX mostrou a incapacidade da psiquiatria em progredir

---

<sup>50</sup> António Macedo, *et al*, “Diagnóstico e classificação em psiquiatria”, in: *Tratado de Psiquiatria*, (Lisboa: Lidel), (no prelo).

<sup>51</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>rd</sup> Edition, (Arlington VA: American Psychiatric Association, 1980).

<sup>52</sup> Macedo, *Diagnóstico e classificação em psiquiatria*, (no prelo).

<sup>53</sup> Gerald Klerman, *et al*, “A debate on DSM-III”, in, *American Journal of Psychiatry*, 141:539-53, 1984, 541.

para além de um nível puramente descritivo<sup>54</sup>. Os enormes avanços científicos, em áreas como a psicofarmacologia e a neurobiologia, levaram a uma melhoria significativa na vida dos doentes, contudo, à semelhança de *uma certa estagnação*, os mesmos problemas diagnósticos mantêm-se, tal como a etiologia das doenças psiquiátricas que, apesar das constantes descobertas, se mantém, na sua globalidade, desconhecida. A recuperação da abordagem fenomenológica, poderá oferecer o complemento que a psicologia e a neurociência necessitam, um avanço da ciência que se poderá constituir numa ligação à filosofia, no sentido de uma busca profunda que transcende todas as classificações, teorias, explicações biológicas e conceitos psicológicos; retornando àquele que deve ser o cerne de toda a investigação: *a pessoa doente*.

Apenas desde 1950, que os psiquiatras dispõem de fármacos capazes de tratar patologias psiquiátricas. A Clorpromazina, um fármaco derivado de um anestésico usado em cirurgias de cavalos, foi o primeiro tratamento capaz de minorar as alterações de comportamento nos doentes psiquiátricos. Desde então, muitos outros fármacos foram desenvolvidos, existindo atualmente várias classes de fármacos capazes de tratar doenças psiquiátricas. Contudo, apesar dos evidentes avanços no tratamento farmacológico e nas técnicas de neuromodulação como tratamento de doenças psiquiátricas, uma percentagem relevante dos casos mantêm-se sem qualquer resposta à terapêutica. Neste contexto, e em particular na depressão, é usado o termo “depressão resistente ao tratamento”, sendo frequentemente observada em contexto clínico, com 50 a 60% dos doentes a não obterem uma resposta com um primeiro tratamento com antidepressivo.<sup>55</sup> A este propósito, é estimado que 30,9% da população mundial sujeita a tratamento farmacológico para depressão apresente resistência ou ausência de resposta.<sup>56</sup> Uma percentagem significativa dos doentes diagnosticados com depressão não respondem adequadamente aos vários tratamentos prescritos, podendo ter uma resposta parcial ou, em alguns casos, não existir qualquer resposta.<sup>57</sup> Estes dados sustentam a importância dos continuados esforços de investigação na área da psicofarmacologia, mas, em particular, da necessidade de uma maior atenção às várias dimensões – *social, familiar, cultural e vivencial* – que envolvem e estruturam as perturbações psiquiátricas.

Apesar dos vários tratamentos disponíveis, mais de 75% das pessoas em países de baixo e médio rendimento não recebem qualquer tratamento.<sup>58</sup> Entre as várias barreiras ao tratamento eficaz incluem-se a falta de recursos, a falta de profissionais de saúde treinados e o estigma social dirigido às

---

<sup>54</sup> Patrick D. McGorry, *et al*, “Diagnostic concordance in functional psychosis revisited: a study of inter-relationships between alternative concepts of psychotic disorder”, in, *Psychological Medicine*, 22, 1992.

<sup>55</sup> Maurizio Fava, M., Katharine G. Davidson, “Definition and epidemiology of treatment-resistant depression”, in, *Psychiatry Clinical North American*, 19, 1996, 179-200.

<sup>56</sup> Maryia A. Zhdanova, *et al*, “The prevalence and national burden of Treatment-Resistant Depression and Major Depressive Disorder in the United States”, in, *Journal of Clinical Psychiatry*, 82:2, 2021.

<sup>57</sup> Gin S. Malhi, John Mann, “Depression”, in, *Lancet*, 392, 2018, 299-312.

<sup>58</sup> Sara Evans-Lacko, *et al*, “Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys”, in, *Psychological Medicine*, 48(9), 2018, 1560-1571.

doenças mentais. Frequentemente, pessoas com depressão não são diagnosticadas e outras que não tem a doença são mal diagnosticadas, iniciando terapêutica desnecessária. A falta de conhecimento relativo à doença mental e, em particular, à experiência subjetiva da pessoa com doença mental, fazem com estes doentes sejam constantemente expostos a “rótulos” e mitos, que dificultam significativamente a sua vida, impedindo o acesso a meios de subsistência, apoio e cuidados de saúde, aumentando significativamente a mortalidade.

Vive-se o tempo da “medicina baseada na evidência”, em que o uso de escalas e a necessidade de grandes casuísticas tem levado a uma progressiva homogeneização da fenomenologia depressiva.<sup>59</sup> A utilização de critérios operacionais e uma ciência cada vez mais dedicada a dados mensuráveis e objetivos, pode perder consigo a subjetividade que impregna e constitui toda a patologia psiquiátrica. Incapaz de avançar para além de uma ciência descritiva, será talvez a altura de retornar à subjetividade que se perdeu. Tal como Jaspers sugeriu, de retornar a um estudo da experiência subjetiva, ao modo como o doente vivencia a sua realidade, a sua verdade sobre o mundo, procurando nessa subjetividade o que poderá “ter escapado” à ciência e que, de certo modo, a poderá “completar”.

Todos estes dados até agora discutidos, relevam a importância e a atenção que deve ser prestada aos temas da depressão e a uma das suas mais temidas consequências, o suicídio, cada vez mais assuntos da ordem do dia, com os quais, seja pessoalmente ou através de um familiar ou amigo próximo, quase todos acabamos por contactar. A par de outras perturbações psiquiátricas, o seu correto diagnóstico e tratamento dependem de uma compreensão profunda do estado do doente, do seu sofrimento e fragilidade, para a qual os atuais critérios de diagnóstico, estandardizados e classificatórios, se revelam insuficientes. Entres os vários aspetos vivenciais associados à patologia depressiva, as alterações da vivência do tempo tornam-se preponderantes. Vejamos a esse propósito, a descrição de um doente deprimido relativamente à vivência da sua doença:

*“Cheguei a uma fase de desordem em que toda a esperança desapareceu, juntamente com a ideia de futuro, o meu cérebro escravizado pelas suas hormonas fora-da-lei, deixou de ser um órgão de pensamento para passar a ser um instrumento de registo minuto a minuto, de diferentes graus de sofrimento. Eu deitava-me durante seis horas, em estupor e virtualmente paralisado, pasmado com o teto e esperando por aquele momento do anoitecer, onde misteriosamente a crucificação aliviaria apenas o suficiente para me permitir forçar a comer um pouco de comida e então, como um autómato, procurar uma ou duas horas de sono novamente.”<sup>60</sup>*

---

<sup>59</sup> Pio Abreu, *Elementos de Psicopatologia Explicativa*, 204.

<sup>60</sup> William Styron, *Darkness visible: a memoir of madness*, (United Kingdom: Vintage Publishing, 1990), 36.

Neste exemplo torna-se evidente o modo como a desesperança, a apatia e a anedonia, sintomas centrais e de grande importância prognóstica, se entrelaçam com as alterações da vivência do tempo. Minkowski percebeu-o bem. Será, pois, importante considerar a perspectiva deste autor quando se trata de analisar a experiência vivida da depressão, em particular na sua componente temporal. No fundo, trata-se aqui de considerar a que ponto, no horizonte dos temas que se encontram no contexto da saúde mental, algo que não pode ser esquecido: *por trás da doença, está uma pessoa que sofre.*

## CAPÍTULO 2

### “UM PASSO EM DIREÇÃO AO DOENTE”

#### 2.1. A gênese de um fenómeno

A fenomenologia, enquanto movimento crítico de uma abordagem naturalista, procura trazer à luz a experiência tal como ela é, sustentando nesse processo uma evidente insuficiência do material e do objetivo na apreciação dos fenómenos. Um estudo completo e detalhado da realidade recorrendo apenas a dados científicos e materializados não é possível sem nele incluir a experiência – *a experiência é o resíduo da realidade; quando analisamos somente o material, estamos já a perder a experiência.* Tomemos a este propósito, o exemplo da perturbação psiquiátrica. Ao observarmos o cérebro através de um exame imagiológico ou analisarmos uma lista de sintomas em busca de um qualquer diagnóstico através de critérios categoriais, estamos neste processo a perder a experiência da pessoa doente. Aquela que é a sua realidade, que constitui a sua doença no modo como esta lhe aparece à consciência, é perdida. Uma realidade que é o que é enquanto vivência, uma vivência que se inscreve no tempo, *é, o próprio tempo.* Estas considerações tornam-se evidentes quando falamos do tema que alimenta a presente dissertação - *antes de ser doença, a depressão é sobretudo experiência; uma experiência que se inscreve no tempo; de certo modo, a depressão é o tempo.* Quando o sujeito se faz fenómeno no mundo e o mundo se faz bloqueio e medo no sujeito, aí surge a depressão. A depressão não surge primeiro no cérebro, mas sim numa *interação corpo-mundo*, da qual dependem todos os fenómenos. Esta complexidade que envolve a doença mental, transcendendo os domínios do “órgão cérebro”, motivou uma profunda investigação da vivência subjetiva dos sintomas psicopatológicos, que permitiu o desenvolvimento da psiquiatria enquanto ciência. Uma investigação que, partindo da pessoa doente e da sua relação com o mundo, fundou o modo como, ainda hoje, se observa, regista e valoriza os mais

variados sintomas psiquiátricos; uma investigação que depende e tem na sua base o método fenomenológico.

Muitas vezes, embora incorretamente, os termos psicopatologia e fenomenologia são usados indistintamente na literatura científica psiquiátrica moderna. De facto, a psicopatologia aproxima-se e serve-se da fenomenologia enquanto método de investigação da consciência, inicialmente proposto por Edmund Husserl (1859-1938), contudo, não são a mesma coisa. Tal como Jaspers esclarece: “Husserl usou o termo [fenomenologia] inicialmente no sentido de uma ‘psicologia descritiva’ em relação aos fenómenos da consciência, nesse sentido é útil para a nossa investigação, mas mais tarde ele usou-a no sentido da ‘aparência das coisas’ [*Wesensschau*], que não é um termo que usamos neste livro. A fenomenologia é para nós puramente um método empírico de investigação mantido apenas pelo facto das comunicações dos pacientes”<sup>61</sup>. A utilização da fenomenologia como método de colheita psicopatológica, permitindo uma sistematização dos componentes psicológicos que constituem o exame do estado mental, ainda utilizado nos dias de hoje, deve-se em grande medida a Karl Jaspers, que viu na fenomenologia, método com raízes na filosofia, uma possível chave para a exploração psicopatológica dos doentes psiquiátricos.

No seu livro “*Psicopatologia geral*”, publicado originalmente em 1913, Jaspers popularizou o que veio a ser conhecido pela *abordagem fenomenológica dos sintomas psicopatológicos* no embrionário campo da ciência psiquiátrica.<sup>62</sup> Tendo como base este idioma filosófico, Jaspers desenvolveu um método de estudo da experiência subjetiva através da descrição dos estados mentais de um modo empático e teoricamente neutro. Considerava que, para entender o doente, não importava tanto a realidade objetiva, mas sim o modo como o doente vivenciava essa mesma realidade, *a sua verdade sobre o mundo*. Era necessário penetrar na sua própria visão, na sua vivência das coisas e do mundo, mais do que nos juízos do observador sobre a verdade das suas opiniões. Um procedimento em que o psiquiatra, inspirado na fenomenologia de Edmund Husserl, coloca “*o mundo entre parênteses*”, procurando deste modo, atingir diretamente e o mais aproximadamente possível a vivência do doente.

Esta preocupação com a dimensão “experiencial” da pessoa que sofre, foi essencial para o desenvolvimento da psicopatologia descritiva e a da psiquiatria como disciplinas científicas, estando este método ainda hoje na base da entrevista psiquiátrica, colheita dos dados psicopatológicos e formulação do exame do estado mental. Durante a entrevista clínica procura-se descrever e caracterizar os eventos psicológicos anormais, as experiências internas do doente e os seus comportamentos, sem os tentar explicar. Através da escuta ativa e da observação atenta do doente

---

<sup>61</sup> Karl Jaspers, *General Psychopathology*, (Chicago: The University of Chicago Press, 1963), 55.

<sup>62</sup> Jaspers, *General Psychopathology*, 1-858.

procura-se compreender os fenómenos psicológicos. Desde modo, o observador, recorrendo à sua capacidade empática, procura, tanto quanto possível, saber por si próprio qual é a experiência do doente. Este procedimento facilita a exploração psicopatológica e a comunicação, reforçando inclusivamente a confiança do doente no seu entrevistador, quando compreende que os seus sintomas são compreendidos e aceites como “reais”, fomentando deste modo os potenciais efeitos terapêuticos da relação médico-doente. Para além do seu imprescindível papel como base da exploração e organização psicopatológica, a exploração sintomática através do método de Jaspers, assume uma beleza particular no facto de não poder ser aprendido a partir da leitura de um qualquer livro. Para a sua aprendizagem, *o doente é o melhor professor, contudo, é necessário saber o que procurar.*

Neste trabalho, pretende-se ir além de uma *abordagem fenomenológica como instrumento de investigação psicopatológica*, tal como Jaspers o definiu e como este se veio a constituir enquanto método de colheita “científica”. Um método, cuja “superficialidade”, crítica diversas vezes formulada por Minkowski em relação às propostas de Jaspers, é necessária como um meio de adaptar um método de recolha da experiência subjetiva de uma *psique patológica*, à standardização e organização conceptual, necessárias à sua adequada utilização em meio clínico e de investigação científica. Apenas através de uma organização e estruturação das alterações psicopatológicas, recorrendo a uma *abordagem jasperiana*, foi possível a definição dos síndromes psiquiátricos que permitiram um melhor entendimento entre a comunidade científica e o conseqüente desenvolvimento de terapêuticas eficazes, resgatando a psiquiatria de um domínio de “dúvida diagnóstica e terapêutica”, em que a formulação do caso e conseqüente terapêutica dependiam exclusivamente da opinião do “alienista” ou do “*shrink*”<sup>63</sup> que observava o doente. Contudo, apesar do imenso valor que a “*Psicopatologia Geral*” de Jaspers trouxe à psiquiatria, sendo uma obra seminal que fundaram e orientam a prática clínica atual, pretende-se neste trabalho, *ir mais longe*, pretende-se ir além de uma *abordagem*

---

<sup>63</sup> O termo “*Shrink*” refere-se à primeira metade do século XX, nomeadamente à fase inicial do desenvolvimento da psiquiatria norte-americana, que antecedeu o lançamento dos primeiros critérios de diagnóstico categoriais em psiquiatria – 3ª edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM III), em 1980. Nesta fase, os psiquiatras americanos deixaram de se ocupar com os doentes mentais graves, tendo surgido, à luz de uma interpretação das teorias psicanalíticas, um novo tipo de doente psiquiátrico – “uma pessoa que podia efetivamente funcionar na sociedade, mas que queria funcionar ainda melhor” (in, Jeffrey A. Lieberman, *Psiquiatras: uma história por contar*, (Lisboa: Círculo de Leitores, 2016), 89). Este período foi caracterizado por uma “indefinição diagnóstica”; com uma prática clínica psiquiátrica de orientação predominantemente psicanalítica, na ausência de critérios definidos, as formulações diagnósticas eram praticamente individualizadas, dependo do psiquiatra ou “*Shrink*” que observava o doente. Esta indefinição levava à proliferação de diagnósticos erróneos com conseqüências devastadoras para alguns doentes e respetivas famílias – tome-se como exemplo o caso das “*mães esquizofrenizantes*”: sendo à data a esquizofrenia uma doença cujas causas eram interpretada, por alguns psiquiatras, à luz da teoria psicanalítica, considerava-se que as mães tinham um papel e em muitos casos eram as causadoras do desenvolvimento de perturbações psicóticas nos respetivos filhos – estas considerações levavam frequentemente à retirada dos filhos às mães. Em “*Psiquiatras: uma história para contar*”, Jeffrey A. Lieberman, psiquiatra americano, escreve: “(...) a psicanálise concedia aos psiquiatras um papel significativo e ativo no tratamento: como feiticeiros adivinhando os presságios, interpretavam as experiências emocionais privadas dos seus pacientes e recorriam aos seus intelectos e criatividade para formular elaborados diagnósticos e orquestrar complexos tratamentos. Em vez de desafortunados zeladores de loucos, tornaram-se *consiglieri* dos ricos, cultos e influentes. Já não eram alienistas. Tinham-se tornado *shrinks*.” (in, Lieberman, *Psiquiatras*, 90).

O primeiro passo para o fim deste período, na direção de uma psiquiatria mais séria e racional, deu-se com a publicação do DSM III, em que, tendo como base as considerações de vários autores, entre os quais *Karl Jaspers*, e a sua proposta de organização das alterações psicopatológicas, foram desenvolvidos critérios categoriais estandardizados e comuns a toda a comunidade médica, criando o caminho para uma melhoria continuada no diagnóstico e na terapêutica que se tem vindo a observar ao longo dos anos.

*fenomenológica como método prático de avaliação psicopatológica e decisão terapêutica*, preende-se aprofundar o conhecimento e a investigação fenomenológica, como um meio de aceder, o mais aproximadamente possível à real estrutura e dimensão que os sintomas psicológicos assumem enquanto vivência e estruturação do indivíduo afetado por um determinado síndrome psiquiátrico. Um estudo aprofundado, que suplanta os limites do tempo disponível para a avaliação em contexto clínico, tal como os limites da psiquiatria enquanto ciência, exigindo um esforço pausado, humano e subjetivo, apenas possível através de uma investigação filosófica. Deste modo, e conforme referido, uma abordagem fenomenológica aprofundada implica a consideração das várias dimensões em que a vivência subjetiva se estrutura - *um ser que é um corpo que habita num espaço e que se relaciona com o mundo numa intersubjetividade temporalmente mediada, de onde surge uma vivência subjetiva que nasce de uma relação dinâmica e harmoniosa entre todas essas dimensões* – entre as quais, e a propósito do presente trabalho, se encontra a *temporalidade* – uma dimensão de grande importância no estudo dos fenómenos subjetivos da consciência, cuja valorização se mantém até aos dias de hoje.

Karl Jaspers, a par da utilização de uma abordagem fenomenológica para a colheita de alterações psicopatológicas, teceu algumas considerações relativamente à vivência do tempo e ao modo como esta se relaciona com os sintomas. Segundo Jaspers, “O espaço e o tempo estão sempre presentes nos processos sensoriais. (...) Tudo o que no mundo nos é apresentado, vem até nós em espaço e tempo, e nós experienciamos o mundo apenas nesses termos. (...) O espaço é um ser estendido (lado a lado) e o tempo um ser sequencial (um a seguir ao outro)”<sup>64</sup>. Em “*Psicopatologia Geral*”, Jaspers refere-se ao *tempo vivido* e às suas diferenças relativas ao *tempo cronológico* – um *tempo vivido* que pode assumir durações diferentes consoante a pessoa e os motivos externos em que se movimenta, um tempo em que o presente contém sempre um pouco de passado e um pouco de futuro e que pode ser experienciado de diversos modos, pesos ou durações; distinguindo-se de um *tempo cronológico* de durações estandardizadas e definidas, com uma direção fixa para o futuro – segundo este, era necessário *distinguir a consciência da progressão atual do tempo da avaliação do tempo passado, sustentando que diferentes ambientes e ocupações levavam a uma vivência diferente do tempo*.<sup>65</sup>

Este fenómeno que nos propomos a estudar, só pode ser descrito através da experiência. Eugène Minkowski considerava que não é possível atingir uma verdadeira compreensão da depressão sem uma análise do tempo. Um *tempo vivido* que surge como o resíduo que completa a realidade. *O cientista vê um tempo espacializado, medido - esquecendo pelo meio, a experiência do tempo, o tempo vivido*. Minkowski traz à luz a urgência de uma psiquiatria humanizada, que olha o ser humano antes

---

<sup>64</sup> Jaspers, *General Psychopathology*, 79.

<sup>65</sup> Jaspers, *General Psychopathology*, 82-83.



da doença, o subjetivo antes do objetivo, valorizando a vivência do sujeito doente na sua relação consigo e com o mundo. Partindo dos trabalhos de Henri Bergson, Edmund Husserl e Eugen Bleuler, Minkowski cria uma fenomenologia implícita do tempo vivido, inaugurando um novo modo de pensar a psiquiatria e inspirando outros autores, como Merleau-Ponty.

## 2.2. Minkowski e o horizonte fenomenológico

Eugène Minkowski representa uma das figuras dominantes da psiquiatria fenomenológica, tendo ficado conhecido pela sua particular capacidade de traduzir noções filosóficas teóricas e abstratas em trabalho clínico comum e rotineiro. Tal como R. D. Laing nos sugere, Minkowski “é a primeira figura na psiquiatria a tornar clara a natureza da investigação fenomenológica”<sup>66</sup> e o autor da “primeira tentativa séria em psiquiatria de construir a experiência vivida de outra pessoa”<sup>67</sup>, propondo a fenomenologia como um meio de aceder à experiência do doente. Para além das suas contribuições para a psiquiatria, o seu estudo do tempo partindo de uma perspetiva fenomenológica, enquanto vivido, contribuiu significativamente para a compreensão deste fenómeno e da sua relação com o corpo, o espaço e o mundo.

Eugène Minkowski (1885-1972) nasceu no dia 17 de Abril de 1885, em São Petersburgo, na Rússia. Devido ao seu envolvimento político e à instabilidade que se vivia na Europa durante a 1ª Guerra Mundial, Minkowski teve a oportunidade de observar várias revoluções do pensamento, tanto na psiquiatria como na filosofia. Estudou medicina na Universidade de Munique, tendo concluído os seus exames para exercer a prática médica na Rússia, em 1910. Em 1913, retorna a Munique com a sua esposa, passando a dedicar-se ao estudo da matemática e da filosofia. Forçados a abandonar Munique em 1914 devido à guerra, refugiam-se em Zurique, onde se tornaram ambos assistentes de Eugen Bleuler na sua famosa clínica universitária, o *Burghölzli*<sup>68</sup>. Aqui, Minkowski teve contacto com várias figuras da psiquiatria da época, entre as quais se destacam, Adolf Meyer e Carl Jung.

Neste período assistia-se ao nascimento e difusão da psicanálise como campo de investigação da psicopatologia e método terapêutico. Durante vários anos, Minkowski mantém um diálogo próximo com a psicanálise, apresentando, contudo, uma posição crítica em relação à mesma, enfatizando o

---

<sup>66</sup> Ronald David Laing, “Minkowski and Schizophrenia”, in *Review of Existential Psychology*, XI, 1963, 207.

<sup>67</sup> João Machado Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, (Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2018), 106.

<sup>68</sup> O *Burghölzli* era uma clínica psiquiátrica em Zurique, de grande importância na história da psiquiatria moderna. Esta foi fundada em 1870 por Wilhelm Griesinger, tendo sido o local onde grandes figuras da psiquiatria exerceram o seu trabalho de investigação, entre as quais, Eugen Bleuler, Carl Jung e Adolf Meyer. Foi nesta instituição que Bleuler desenvolveu as investigações que levaram ao cunho do nome “Esquizofrenia”. Neste local, funciona atualmente o Hospital Universitário de Zurique, (in, Roy Abraham Kallivayalil, “The Burghölzli Hospital: Its History and Legacy”, in *Indian Journal of Psychiatry*, 58(2), 2016, 226-228).

facto de esta não ser capaz de explicar a *forma*<sup>69</sup> dos fenómenos psicopatológicos observados na esquizofrenia, enquanto reforçava continuamente o estudo do *conteúdo* dos mesmos. Em 1915, dirige-se para França, onde se alista no corpo militar francês. Durante a guerra, recebeu, entre outras honras, a *Croix de Guerre* e torna-se um oficial da Legião de Honra. O seu retorno a França e o interesse na filosofia de Henri Bergson moldaram as suas investigações subsequentes, tendo contribuído para a sua perspetiva única sobre a doença mental. Após a guerra, Minkowski fez parte do corpo clínico de vários hospitais parisienses, tendo sido, durante um período de tempo, diretor do *Foyer de Soullins* em *Burnoy*. Em 1927, publica o seu primeiro livro, "*La Schizophrénie*", onde introduz e desenvolve o seu conceito de "contacto vital com a realidade". Em 1933 publica "*Le Temps Vécu*", onde se propõe a unir a fenomenologia à psicopatologia através do seu conceito de *vivido*. Após o lançamento do seu segundo livro, passou a dedicar-se mais à filosofia, o que resultou na publicação do seu terceiro livro - "*Vers Une Cosmologie*" - em 1936, onde expandiu algumas das suas ideias mais metafísicas iniciadas na publicação prévia. Por fim, em 1966, reúne as suas contribuições para a psicopatologia em "*Traité de Psychopathologie*". Minkowski é membro honorário de várias sociedades médicas, da Faculdade de Medicina em Zurique e da Academia de Medicina em Varsóvia. Foi diretor de edição da revista *L'évolution Psychiatrique* e publicou vários artigos em várias revistas científicas.

Na direção de uma humanização da psiquiatria e aproximação à pessoa doente, Minkowski propôs-se a ir além de uma mera descrição superficial do estado clínico e dos sintomas do doente psiquiátrico. Considerava essencial à sua prática a observação e a escuta atenta do doente, dirigindo todos os seus esforços no sentido de uma compreensão dos processos internos que estariam "por trás" dos estados patológicos. Na sua opinião, o método superficial, categórico e demasiado sistemático, que caracterizava a abordagem de psiquiatras contemporâneos como Emil Kraepelin e Karl Jaspers, era insuficiente para uma compreensão real e profunda da pessoa doente. Mostrava-se cético em relação ao modelo biológico da doença mental, argumentando frequentemente contra a

---

<sup>69</sup> Karl Jasper, inspirado na fenomenologia de Edmund Husserl, foi responsável pela sistematização da psicopatologia na primeira metade do século XX, dando origem à *psicopatologia descritiva* – uma disciplina responsável pela descrição detalhada e categorização dos fenómenos psicológicos anormais. Ao longo da sua obra e investigação, Jaspers desenvolveu vários conceitos, muitos deles ainda hoje utilizado na prática clínica, dos quais são exemplo: *a forma e o conteúdo* – dois conceitos que, embora distintos, se encontram sempre entrelaçados.

A *forma* representa a descrição de uma determinada manifestação psicopatológica do ponto de vista da psicopatologia fenomenológica, designando o modo como o sujeito tem o objeto diante de si, podendo este ser através de uma percepção, uma ideia, um sentimento, um impulso ou uma representação. A forma denota o particular modo de existência em que determinado conteúdo nos é apresentado, podendo ser definida como a modalidade sensorial em que uma percepção é apresentada ou o domínio cognitivo em que um aspeto da vida psíquica é experienciado ou representado. Por outro lado, o *conteúdo*, representa o conjunto dos fenómenos psíquicos que constitui "colorido" da manifestação psicopatológica em questão. Como exemplo, numa alucinação visual em que o doente vê uma pessoa conhecida, a forma será alucinação visual e o conteúdo a pessoa conhecida.

Ao longo da sua obra, Jaspers torna clara a atribuição de uma maior importância à forma em relação ao conteúdo, considerando a forma da experiência psíquica como essencial ao diagnóstico. Contudo, é importante realçar que, ao contrário do médico, o doente está frequentemente preocupado não com a forma, mas sim com o conteúdo da sua experiência. O conteúdo, que traduz a vivência subjetiva da pessoa doente e constitui o seu mundo, é tudo o que é importante para o doente, podendo a preocupação do médico com a forma ser incompreensível e até frustrante para o mesmo. À importância da forma deve juntar-se uma particular atenção à vivência subjetiva dos sintomas, sob a forma de sensações, percepções e significados, que se inserem sob o conceito de conteúdo; um gesto humano e essencial no estabelecimento da relação médico-doente, na promoção da adesão à terapêutica e no sucesso terapêutico.

incapacidade deste modelo de trazer à luz a transição entre as alterações orgânicas e a riqueza das alterações psicopatológicas. A abordagem de Minkowski à psicopatologia diferia da abordagem de psiquiatras como Karl Jaspers, cujo método analítico era considerado por este como *objetificante; uma análise objetiva, parcial e incompleta*; em comparação com o de Minkowski que operava uma “intuição do todo”<sup>70</sup>. No seu método, Minkowski procura concentrar-se nos dados psicopatológicos imediatos, excluindo das suas considerações todas as preconcepções filosóficas ou científicas – deste modo, procurava atingir as *estruturas fundamentais da realidade humana* à medida que estas se tornam evidentes na doença mental. Na sua conceção, a confrontação com a psique normal, trazia à evidência um *self* que se desenvolve e se determina como um sujeito num mundo com outras pessoas e coisas. Minkowski colocou ênfase na patologia da personalidade, contribuindo deste modo para o desenvolvimento de uma psicologia que reconhecia a importância de compreender *como é que os seres humanos experienciam a vida*, considerando que a pessoa em estado patológico não podia ser explicada adequadamente em termos organogénéticos e psicogénéticos. Apesar de assumir uma posição crítica, mantendo e justificando continuadas divergências, deve as suas influências a autores como Edmund Husserl<sup>71</sup>, Max Scheler<sup>72</sup> (1874-1928), Henri Bergson e Karl Jaspers, a partir dos quais desenvolve uma análise fenomenológica onde procurava desvendar a essência das perturbações psicopatológicas.

Para Minkowski, o estudo dos fenómenos psicopatológicos sobrepunha-se a uma classificação das doenças psiquiátricas, tendendo a valorizar o indivíduo em detrimento do processo patológico. Nas suas investigações e observações clínicas, colocava uma particular ênfase na estrutura da consciência que estava “por trás” das manifestações sintomáticas, procurando explorar a experiência vivida da pessoa; neste caso, da *psique* patológica. Considerava que, na apreciação do modo de ser dos doentes, não poderíamos ficar satisfeitos com uma descrição e listagem dos sintomas enunciados, mas sim, envolver toda a nossa personalidade nessa apreciação, no sentido de a confrontar com o padrão que se obtém de uma observação “inteira”<sup>73</sup> do doente. Na sua visão, o processo diagnóstico não era representado apenas por uma observação na terceira pessoa, mas sim, pelo envolvimento de

---

<sup>70</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 105.

<sup>71</sup> A este propósito, Minkowski faz uma distinção entre a fenomenologia transcendental de *Husserl* e o que designava pelo método fenomenológico de Husserl: “Familiarizei-me com o pensamento de *Husserl*, especialmente com as suas investigações lógicas. A atitude fenomenológica não é meramente uma observação clínica mais subtil e cuidadosa. Esta vai além da própria observação, mergulhando nas profundezas e, assim, tende à visão daqueles aspetos essenciais que constituem a vida, ou seja, a visão das essências [*Wesensschau*]”, (in, Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 70). Para Minkowski, a psicopatologia representava a *visão das essências* [*Wesensschau*].

<sup>72</sup> Max Scheler nasceu em Munique em 1874, tendo pertencido ao círculo fenomenológico de Munique, junto com autores como Theodor Lipps (1851-1914) e Alexander Pfander (1870-1941). Em 1913 publica a obra “Fenomenologia e teoria da simpatia e sentimentos de amor e ódio”, uma versão revista da versão original “A natureza da simpatia”, obra que exerceu uma forte influência sobre *Minkowski* (Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 81-89). Referindo-se ao autor, Minkowski escreve: “(...) outro evento marcou também a minha vida. Quase ao mesmo tempo que os “Dados imediatos” (de Bergson), a “Natureza da Simpatia” de *Scheler* caiu nas minhas mãos. Foi aqui que entrei na fenomenologia. Esta circunstância foi particularmente relevante...em psicopatologia, em linha com as correntes contemporâneas, a afetividade tem-se tornando a nossa maior preocupação, bem mais do que a percepção” (in, Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 81).

<sup>73</sup> Eugène Minkowski, *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*, (Chicago: Northwestern University Press, 1970), 65.

uma dimensão de segunda pessoa, na qual a *subjetividade do doente e do psiquiatra então em íntima relação*. Através de uma contínua observação dos doentes e de uma profunda reflexão, filosoficamente orientada, em relação ao que significa ser humano e, em particular, à vivência do estado patológico, Minkowski apresenta-nos um novo modo de olhar o doente e de atingir o diagnóstico. Um método que se baseia numa compreensão da estrutura psicológica do doente, não representando um processo inferencial, mas sim uma percepção direta ou *intuição, um conceito* importado de Henri Bergson. Um ato que não é apenas cognitivo, mas também afetivo, ao qual viria a dar o nome de *“diagnóstico por penetração”*<sup>74</sup> - “Sentado frente a frente com o meu paciente, escrevo meticulosamente os seus enunciados e, de repente, uma das suas frases ilumina tudo com uma clareza particular e tenho a sensação de ter apreendido um todo vivo complexo, de ter apreendido o *‘trouble générateur’* [perturbação geradora]<sup>75</sup>, que agora aparece como o núcleo de todo o quadro clínico. Aqui podemos falar de um exemplo de intuição bergsoniana.”<sup>76</sup>. Através de um olhar empático e humano, o médico obtém uma visão global da pessoa à sua frente, sendo capaz, através de um movimento intuitivo de inspiração Bergsoniana, de atingir a estrutura fundamental da personalidade da pessoa doente.

O trabalho de Henri Bergson (1859-1941), *“Essai sur les donées immédiates de la conscience”*<sup>77</sup>, teve um impacto profundo na visão de Minkowski sobre a consciência e a doença mental. Em 1896, Bergson anuncia a sua teoria da memória, antes da introdução dos conceitos de *Dementia Praecox e de Esquizofrenia*, definindo dois tipos de memória: a *memória de hábito*, relacionada a uma dinâmica corporal e focada essencialmente no presente e a *memória-pura*, que, por outro lado, está localizada ao passado, sendo extensível e relacionada à consciência e ao presente.<sup>78</sup> Em Bergson, a vida é conceptualizada como o movimento de um *élan primitivo* que preside sobre a evolução criativa e se entrelaça entre as linhas do instinto e da inteligência. O conceito bergsoniano de “estado imediato da consciência” viria a ter grande influência no conceito de “contacto vital com a realidade”, tal como o seu *“élan primitivo”*, viria a criar o caminho para o conceito de *“élan vital”*.<sup>79</sup> Acompanhando o movimento Bergsoniano, Minkowski considerava os aspetos mais fundamentais da experiência humana como fatores não quantificáveis, falando-nos de intuição ao referir-se ao *“diagnóstico por*

---

<sup>74</sup> Minkowski, *Lived Time*, 72. Minkowski introduz o termo *‘Diagnóstico por Penetração’*, designando uma relação íntima e dinâmica entre o paciente e o médico, que é capaz de gerar um conhecimento “inteiro” do doente, uma intuição que lhe permite compreender o que está “por trás” dos sintomas, permitindo ao médico atingir um plano mais profundo e humano da sua avaliação clínica, do que uma redução a uma mera lista de sintomas constituído uma qualquer síndrome.

<sup>75</sup> Eugène Minkowski, “Du symptome au trouble générateur”, in *Archives Suisses de neurologie et de psychiatrie* 22, 1928, 35-63. No seu artigo de 1928, Minkowski introduz o termo *“Trouble Générateur”* [perturbação geradora], que representa um padrão de alterações da estrutura fundamental da personalidade, abrangendo várias dimensões, que influenciam a formação das manifestações psicopatológicas e os sintomas. Este conceito será explicitado mais à frente neste trabalho.

<sup>76</sup> Eugène Minkowski, “Phénoménologie et analyse existentielle em psychopathologie”, in *L’évolution Psychiatrique*, 11, 1948, 145.

<sup>77</sup> Henri Bergson, *Essai sur les Données Immédiates de la Conscience*, (Paris: PUF, 1927).

<sup>78</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 46-47.

<sup>79</sup> Minkowski, *Lived Time*, 38-39.

*penetração*<sup>80</sup>: através da intuição o clínico é capaz de alcançar a essência da psicopatologia “em pessoa, antes da consciência”.<sup>81</sup>

Veja-se, neste ponto, as considerações de Bergson em relação ao denominado *paralelismo psicofisiológico*, ao qual se dirige de um modo crítico. Tal paralelismo, que, segundo Bergson, se sustenta numa “contradição fundamental”<sup>82</sup>, postula uma certa “equivalência entre o estado psíquico e o estado cerebral correspondente”<sup>83</sup>, sustentando que será possível ler no cérebro, através de dados objetivos, tudo o que se passa ao nível da consciência, passando a subjetividade a ser “totalmente” representada na objetividade científica, ignorando toda a distância que separa ambas as dimensões.<sup>84</sup> Neste aspeto, Bergson argumenta que tal hipótese de “legibilidade integral do pensamento” não nasceu de uma observação de dados científicos, sendo mais antiga do que as conquistas científicas, que, através do seu uso irrefletido, “pretendem inferir do funcionamento cerebral o fenómeno do pensamento”<sup>85</sup>. Uma passagem entre o pensamento e o cérebro que não se sustenta numa certeza científica, mas sim numa suposição metafísica: “É a suposição metafísica – e não a certeza científica – de uma *traduzibilidade* ou *legibilidade* integral do psíquico no físico que, portanto, operará acriticamente sob a marcha de tais estudos no momento em que procuram explicar a ‘relação’ entre o *pensamento* e o *cérebro*”<sup>86</sup>. Neste aspeto, e retornando à questão de que nos ocupávamos, influenciando largamente o pensamento de Minkowski, Bergson chama-nos a atenção para a irredutibilidade dos aspetos fundamentais da vivência humana a uma objetividade científica, devendo uma abordagem reflexiva do *estado psíquico* suplantado largamente uma perspectiva neurobiológica.

Segundo Bergson, a intuição é constituída por um processo psicológico inserido numa duração temporal - criticando o conceito de extensão [*espacial*] cartesiana e contrapondo-lhe a duração [*temporal*], que seria mais adequada ao entendimento da consciência e da vida - “As grandes confusões sobre a questão da liberdade e do espírito humano consistem em confundir o sucessivo com

---

<sup>80</sup> Annick Urfer-Parnas, “Eugène Minkowski”, in: *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, (Oxford: Oxford University Press, 2019), 108.

<sup>81</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 95.

<sup>82</sup> Henri Bergson, *L'Énergie Spirituelle*, (Paris: Presses Universitaires de France, 2009), 160.

<sup>83</sup> Bergson, *L'Énergie Spirituelle*, 191.

<sup>84</sup> Recorde-se, a propósito desta “contradição fundamental”, Maine de Biran, que sustenta que, para uma compreensão do sentido primitivo do pensamento se torna fulcral uma “distinção não separada” dos elementos da dualidade – “(...) a evidência do *pensamento*, do *eu aperceptivo* jamais se poderá descortinar quer do lado de um corpo puramente objetivo e respetivas regularidades materiais (passíveis de serem investigadas sob o modelo da física), quer do lado de um ‘espírito puramente espiritual’ (seja nas suas versões antigas e homunculares, seja nas contemporâneas concepções de uma *mente*, ou de um *self*.” (in, Luís António Umbelino, “Maine de Biran e Henri Bergson: Leituras Contemporâneas de uma Tese Partilhada”, in, *Revista Ideação*, 37, 2018, 41). De acordo com Biran, “quando os ‘signos orgânicos’ se tornam o principal objeto de estudo, rapidamente se julgarão legitimadas todas as passagens entre o ponto de vista interior e o ponto de vista exterior” (in, Umbelino, *Maine de Biran*, 43), tornando-se o “objeto principal de estudo (...) cada vez mais afastado” (in, Umbelino, *Maine de Biran*, 43), “ao ponto de tais signos orgânicos subitamente se tornarem o *único objeto de estudo*” (in, Umbelino, *Maine de Biran*, 43). Deste modo, ao sustentar uma “irredutibilidade do estatuto subjetivo do sujeito do pensamento”, Biran sustenta a consideração, partilhada pelo autor e que serve de motivo ao presente trabalho, do perigo de uma excessiva *objetificação* da ciência moderna.

<sup>85</sup> Umbelino, *Maine de Biran*, 37.

<sup>86</sup> Umbelino, *Maine de Biran*, 37.

o simultâneo, a duração com a extensão e a qualidade com a quantidade”<sup>87</sup>. Baseando-se no conceito *Bergsoniano* de duração, Minkowski começa a delinear uma teoria da temporalidade - “A duração pura é a forma que assume a sucessão dos nossos estados conscientes, em que o nosso ego se deixa viver quando se abstém de separar o seu estado atual dos seus estados anteriores”<sup>88</sup>. A visão clínica e filosófica de Minkowski, partiu das influências de vários autores com os quais foi contactando ao longo da sua vida. Destes, destacam-se Henri Bergson, mas também Eugen Bleuler, cujos trabalhos viriam a formar os alicerces do seu pensamento clínico de orientação filosófica, numa particular e importante união entre duas disciplinas: *a filosofia e a psiquiatria*.

### 2.3. Tempo vivido

Na transição do século XIX para o século XX, Emil Kraepelin (1856-1926), considerado uma das figuras mais importantes da psiquiatria moderna, dedicado a encontrar um caminho no estado de dúvida e experimentação que caracterizavam a psiquiatria do século XIX, decide procurar uma possível direção na única fonte de informação disponível: *os doentes*. Considerava essencial uma observação dos sintomas psicopatológicos ao longo do tempo, valorizando o seu perfil evolutivo, tal como o resultado final do processo patológico. Kraepelin dedicou-se a uma observação diária e detalhada dos seus doentes durante anos, registando todas as suas formulações e conclusões, tendo chegado a viver dentro da própria enfermaria. Com base nos seus estudos, em 1899, apresenta, na 6ª edição da obra “*Psychiatrie*”<sup>89</sup>, a sua famosa divisão entre as duas principais psicoses endógenas: a *Psicose Maníaco-depressiva* e a *Dementia Praecox*, influenciando o rumo da psiquiatria para sempre. Esta divisão teve um papel fundador nas investigações e no rumo posterior da psiquiatria, influenciando diversos autores e tendo ainda validade nos dias de hoje. Minkowski, tal como os restantes psiquiatras da sua época, valorizava os esforços, a mestria e a dedicação de Kraepelin, concordando com a sua formulação diagnóstica. Contudo, considerava que este tinha falhado no seu método de aceder aos sintomas, não tendo ido para além de uma descrição superficial do estado do doente, nem tentando compreender os processos internos, que estariam por trás dos estados patológicos.

Por outro lado, Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra suíço que Minkowski conheceu no *Burghölzli*, exerceu uma grande influência sobre este. Bleuler valorizava bastante mais o indivíduo do que a doença, tendo proposto uma abordagem psicológica, ao invés de psicopatológica para a *Dementia Praecox*. Considerava a fragmentação das funções psíquicas, conseqüentes ao

---

<sup>87</sup> Bergson, *Essai sur les Données Immédiates de la Conscience*, 3.

<sup>88</sup> Bergson, *Essai sur les Données Immédiates de la Conscience*, 53.

<sup>89</sup> Kraepelin, *Clinical Psychiatry*, 1-341.

afrouxamento das associações lógicas do pensamento, como o sintoma primário que caracterizava esta perturbação e do qual partiam todos os outros sintomas a ela associados. Tendo como base estas considerações, introduz em 1908 o termo *Esquizofrenia*, derivado da raiz grega *esquizos* [divisão] e *frenos* [mente] e define os *sintomas primários da Esquizofrenia*, que ficaram conhecidos como os 4 A's: *afrouxamento associativo, autismo, ambivalência e o embotamento afetivo*. A Esquizofrenia de Bleuler e especialmente o seu conceito de *autismo*<sup>90</sup> - caracterizado por uma *perda de contacto com a realidade* – foram, em grande medida, responsáveis pelo interesse psiquiátrico de Minkowski.

Para Minkowski, o *autismo* representa uma *perda do contacto vital com a realidade*, a experiência da pessoa afetada é caracterizada por uma perda de vitalidade no seu mundo, que considerava ser patoplástico da esquizofrenia. Ao contrário de Bleuler, para o qual o autismo resultava exclusivamente do afrouxamento das associações lógicas do processo de pensamento, Minkowski considerava que este, *traduzindo uma perda de contacto vital com a realidade*, representava o “*trouble générateur*”<sup>91</sup> [perturbação geradora] da esquizofrenia. Na sua conceptualização, o “*trouble générateur*”, termo já referido neste trabalho, representa um padrão de alterações da estrutura fundamental da personalidade - ao nível da noção do eu, da espacialidade, da temporalidade e da relação com o mundo - alterações estas que influenciam a formação das manifestações psicopatológicas e dos restantes sintomas. Este não representa uma perturbação de uma função cognitiva específica e isolada, mas sim uma afeição global da presença da pessoa no mundo. Através do conceito de “*trouble générateur*”, o síndrome psicológico deixa de ser visto como um conjunto de sintomas, mas sim como a expressão unitária e indivisível da personalidade da pessoa doente, representando, em termos fenomenológicos, a *essência da patologia* - “Os nossos esforços em psicopatologia tendem a favorecer o estudo das doenças da personalidade tomadas como um todo e não de funções isoladas. É neste sentido que falamos de – *trouble générateur*”<sup>92</sup>.

O conceito de “*perda do contacto vital com a realidade*” parte de uma síntese do sistema de Bleuler e da filosofia de Bergson, sendo caracterizado pelo empobrecimento da reciprocidade interpessoal ao contacto, resultando numa tendência excessiva a *espacializar e objetificar* fenómenos não espaciais e num certo *bloqueio da temporalidade existencial*, que se viria a manifestar numa diminuição do papel pessoal no futuro. O *contacto vital com a realidade*, designado como *um modo de presença humana no mundo*; “um certo modo de relacionamento entre a pessoa e o seu mundo

---

<sup>90</sup> Bleuler definia o autismo na esquizofrenia como um afastamento do indivíduo em relação ao mundo externo, levando ao seu isolamento num mundo privado de fantasia. Apesar de concordar com um papel central do autismo na esquizofrenia, Minkowski modificou o conceito de um modo radical. Para este, o autismo não seria primariamente um afastamento, mas sim uma diminuição do contacto vital com a realidade levando a ideias, expressões e comportamentos que são de algum modo inadequados para o contexto. Para além disso, numa outra diferença em relação ao conceito de Bleuler, Minkowski considera que o autismo não seria invariavelmente caracterizado por uma vida interna rica de fantasia, distinguindo entre o “autismo pobre (ou puro)”, caracterizado por uma pobreza das ideias e emoções e o “autismo rico”, com ideias delirantes bastante desenvolvidas (in, Urfer-Parnas, Eugène Minkowski, 106).

<sup>91</sup> Minkowski, Du symptome au trouble générateur, 35-63.

<sup>92</sup> Minkowski, Du symptome au trouble générateur, 107.

interno e externo e uma sintonização harmoniosa com um mundo em mudança dinâmica<sup>93</sup>; não representa uma faculdade mental ou uma função fisiológica, mas sim uma sintonia e ressonância imediata com o mundo e com os outros; um sentido de significação, de relevância, de proporção e adequação. Segundo Minkowski, o *contacto vital com a realidade*, “não é nada mais do que a essência da vida e consiste num constante fluxo e refluxo de ações e influências recíprocas entre o nosso mundo interior e o nosso mundo exterior”<sup>94</sup>; permitindo a orientação do indivíduo para a realidade.

Partindo do conceito de *Esquizofrenia Simples*<sup>95</sup> de Bleuler, Minkowski teorizou que as formas de alienação mental poderiam ser vistas como uma *perda de contacto vital com a realidade*, considerações que resultaram numa das suas mais famosas teorias. Segundo Minkowski, a alteração primária da Esquizofrenia é representada pela *perda do contacto vital com a realidade que, por sua vez, afeta o “ciclo do élan pessoal”*<sup>96</sup>, resultando num “défice pragmático”<sup>97</sup>. Assim, Minkowski alarga a noção *Bleuleriana* de *autismo* para que esta incluísse também o “défice pragmático”, de modo que esta integrasse os aspetos formais e estruturais da Esquizofrenia - um conceito que integra também os conceitos de *Esquizoidismo e Sintonia*<sup>98</sup> de Ernst Kretschmer (1888-1964). As suas noções de fatores dinâmicos e estáticos de personalidade, permitem a definição do conceito de “*ciclo do élan pessoal*”, que forma a base da ação do indivíduo através dos limites impostos pelo *contacto vital com a realidade*. Assim, Minkowski apresenta-nos uma teoria unificada atividade humana, cuja perturbação

---

<sup>93</sup> Urfer-Parnas, Eugène Minkowski, 105.

<sup>94</sup> Eugène Minkowski, “La schizophrénie et la notion de maladie mentale (sa conception dans l’oeuvre de Bleuler)”, in, *L’Encéphale* XVI, 5, 1921, 249.

<sup>95</sup> A Esquizofrenia Simples representa um subtipo incomum de esquizofrenia, descrita pela primeira vez em 1911 por Eugen Bleuler. É caracterizada por um início insidioso de sintomatologia predominantemente negativa, com ausência de delírios ou alucinações, motivando um curso crónico, com deterioração social e ocupacional importante (in, John Lally, et al, “Simple Schizophrenia: a forgotten diagnosis in Psychiatry”, in, *Journal of Nervous Mental Disorders*, 207, 2019, 721-725). Uma noção de negação, que se refere uma forma “mínima” de Esquizofrenia em que os sintomas resultam de uma subtração de determinadas capacidades, tais como o afrouxamento das associações lógicas do discurso; que Minkowski considerava corresponder à *perda do contacto vital com a realidade* (Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 123).

<sup>96</sup> É através do *Élan Vital* que “a personalidade humana é capaz de se projetar para o futuro, em direção a um todo unificado, criando uma história de vida” (Minkowski, *Lived Time*, XXV); “[o élan vital] cria o futuro diante de nós, é a única coisa que o faz” (Minkowski, *Lived Time*, 38). O *élan pessoal* significa “uma extensão posterior da personalidade” (Minkowski, *Lived Time*, XXV), “é o que torna possível que um ser humano se afirme na sua própria individualidade, tal como viver e agir no seu ambiente” (Minkowski, *Lived Time*, XXV). Este conceito será explicitado mais à frente neste trabalho.

<sup>97</sup> Referindo-se à Esquizofrenia, Minkowski refere que esta é caracterizada por “uma diminuição dos fatores dinâmicos da vida e causa um particular déficit pragmático” (Minkowski, *Lived Time*, 228). O conceito de “défice pragmático” de Minkowski, relaciona-se com o conceito de afrouxamento associativo de Bleuler, caracterizado por uma dificuldade em perseguir e manter determinados objetivos. (Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 135).

<sup>98</sup> Ernst Kretschmer (1888-1964) é considerado um dos grandes nomes da escola psiquiátrica alemã, tendo estudado a relação entre a constituição humana, as características da personalidade e a perturbação mental. Com várias obras publicadas, a sua descrição psicopatológica do “delírio sensitivo de autoreferência” e a sua teoria dos tipos constitucionais foram altamente influentes no campo da psicologia médica do século XX (in, Correia, *As raízes do sintoma e da perturbação mental*, 101). Durante as suas investigações, Kretschmer desenvolveu as noções de *sintonia e esquizoidia*. *Sintonia* refere-se ao princípio que nos permite vibrar na mesma frequência que o ambiente. *Esquizoidia* refere-se ao contrário, designando a faculdade de nos separarmos do ambiente externo. Minkowski relembra que estas características não são contraditórias, sendo a sua “coexistência harmoniosa, responsável pelo máximo de equilíbrio, felicidade e eficiência que acreditamos ter o direito a aspirar” (Minkowski, *Lived Time*, 73). Por fim, baseando-se nos trabalhos de Kretschmer e Bleuler, mostra o modo como o desequilíbrio destas características permite compreender determinados estados patológicos: “Vemos agora, a porta através da qual, nos estados anormais, os fatores patológicos penetram a personalidade humana e a transformam a fissura natural do esquizoide normal, numa ferida aberta, um abismo que não pode ser cruzado. (...) O caráter evolucionário das perturbações esquizofrénicas pode ser explicado desta maneira.” (Minkowski, *Lived Time*, 75).



permitia explicar a *perda de contacto vital com a realidade*, que considerava ser a alteração principal na Esquizofrenia.

*O ciclo do élan pessoal* representa um componente dinâmico-estrutural da consciência e uma expressão do que é chamado de “*Élan Vital*”, um termo inspirado em Bergson.<sup>99</sup> *Élan Vital* pode ser descrito como uma abertura intrínseca ao mundo; um impulso energético vital que nos empurra para fora de nós próprios, adaptados ao ambiente do “*devenir*”<sup>100</sup> [*becoming*] e ao mesmo tempo ancorados ao nosso self interior - um conceito onde é possível observar uma semelhança com a utilização da noção heideggeriana – Dasein – por Ludwig Binswanger, onde os termos *self e mundo* não são independentes, mas sempre unidos num todo único.<sup>101</sup> Minkowski considera as perturbações do élan vital como o núcleo estrutural da esquizofrenia. Entre a Esquizofrenia Simples de Bleuler e a duração de Bergson, desenvolve os conceitos de *contacto vital com a realidade* e *ciclo do élan pessoal* - “O ciclo [*do élan pessoal*] liga-se e desliga-se repetidamente, enquanto a respiração da vida espiritual pulsa em nós. Queremos ir sempre mais adiante, além da morte em si”<sup>102</sup>. Em “*Le Temps Vécu*”, Minkowski desenvolve os aspetos temporais da vida mental, tentando perceber como estes se manifestam na *psique normal e patológica*. O *ciclo do élan pessoal* representa um primeiro passo para uma sistematização das suas ideias em relação aos aspetos espaço-temporais da vida mental: partindo da “solidariedade espaço-temporal de Bergson”<sup>103</sup> procura saber *como é que a psique espacializa a duração vivida*.

Em 1933, Minkowski publica a sua segunda e mais frequentemente citada obra, “*Le Temps Vécu*”. Aqui, apresenta-nos uma fenomenologia das categorias fundamentais da vida - através de vários anos de experiência clínica e observação de doentes, dedica-se a uma análise da psicopatologia vista a partir de uma perspetiva temporal, procurando explorar o tempo, tal como este é experienciado pela pessoa saudável, mas principalmente pela pessoa com doença mental. Procura demonstrar que uma fenomenologia da psicopatologia, dos estados mentais alterados, é uma janela para uma compreensão da fenomenologia das estruturas da vivência humana; unindo deste modo, com uma mestria inigualável, a psicopatologia e a fenomenologia. Na primeira parte de “*Le Temps Vécu*”, Minkowski realiza um ensaio filosófico dirigido aos aspetos espaço-temporais que formam a estrutura da vida. Tenta compreender a doença mental através de uma observação profunda dos aspetos da consciência, tentando explicar de que modo *vamos da duração para o espaço* – ou, usando um termo Bergsoniano, “o que nos permite espacializar o tempo”<sup>104</sup>. Na segunda parte, dedica-se a uma análise

---

<sup>99</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 44.

<sup>100</sup> Minkowski, *Lived Time*, 18.

<sup>101</sup> Ludwig Binswanger, “Anthropologie, Psychologie, Psychopathologie”, in *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 11, 1936, 679.

<sup>102</sup> Eugène Minkowski, *La schizophrénie, Psychopathologie des Schizoïdes et des schizophrènes*, (Paris: Éditions Payot, 2002), 183.

<sup>103</sup> Minkowski, *Lived Time*, 82.

<sup>104</sup> Minkowski, *Lived Time*, XXXV.

da estrutura do tempo no modo como este é vivenciado e vem a constituir a própria doença mental, procurando demonstrar de que modo os constituintes da vida psíquica estão ligados à experiência do tempo e a outras categorias.

Uma teoria do tempo vivido não pode ser separada das suas formulações iniciais do *contacto vital com a realidade*. Os fenómenos essenciais do tempo vivido não são estritamente temporais, mas sim os principais portadores de relações de natureza espacial. O tempo vivido é essencialmente uma fenomenologia do tempo enquanto experienciado. Partindo de Bergson, Minkowski define o tempo, como “uma massa fluida”<sup>105</sup>, “um oceano flutuante, misterioso (...) que vejo em todo o lado à minha volta, sempre que penso sobre tempo”<sup>106</sup>. Um tempo que é vivido; “que não conhece sujeitos ou objetos; (...) não tem partes distintas, início ou fim (...) que é universal, impessoal (...) caótico. E que, mesmo assim, é bastante próximo de nós, tão próximo que constitui a própria base da vida”<sup>107</sup>; um tempo que Minkowski define como “*le devenir [becoming]*”<sup>108</sup>. Um tempo que se alimenta e se estrutura numa direção que “cria o futuro à nossa frente”, que se define a partir do conceito de “*Élan Vital*”, e que “nos demonstra a existência do futuro; que lhe dá um significado; que o abre e cria perante nós”<sup>109</sup>. Partindo destes conceitos, Minkowski estabelece um tempo que é vivido, permitindo, através de uma direção e significação do futuro, a estruturação de um sujeito, que se estabelece numa dimensão eminentemente temporal: “O carácter irracional desse *élan* é para nós (...) a expressão do que é, neste caso, um fenómeno de ordem temporal”<sup>110</sup>.

Minkowski desenvolve assim uma teoria da temporalidade que é independente da memória, tal como recorda João Vaz: “a noção de contacto vital com a realidade implicava uma teoria do tempo vivido independente da memória”<sup>111</sup>. Para *Minkowski*, a estrutura temporal da consciência, teria de ser também ela independente da memória, levando deste modo ao desenvolvimento de uma teoria de um tempo vivido que não dependia de nenhuma função psicológica ou mnésica, mas sim de uma *intuição de sucessão*<sup>112</sup>. Através da conceptualização de uma consciência de natureza temporal, que se move através de uma intuição de sucessão e uma fenomenologia da temporalidade que exclui a memória, Minkowski distingue-se de Bergson que deriva o presente da memória e da atenção. Em Minkowski, o futuro é-nos dado de um modo não mediado pelo *élan vital*, permitindo-nos, a par das considerações prévias, compreender *a proeminência do futuro na sua teoria do tempo vivido* - o

---

<sup>105</sup> Minkowski, *Lived Time*, 18.

<sup>106</sup> Minkowski, *Lived Time*, 18.

<sup>107</sup> Minkowski, *Lived Time*, 18.

<sup>108</sup> Minkowski, *Lived Time*, 18.

<sup>109</sup> Minkowski, *Lived Time*, 39.

<sup>110</sup> Minkowski, *Lived Time*, 42.

<sup>111</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 117.

<sup>112</sup> Minkowski, *Lived Time*, 27.

presente é um *agora por abrir*<sup>113</sup>. Nas suas palavras: “O futuro vivido é nos dado de um modo muito mais primitivo do que o passado. Na vida é o futuro que carrega o fator criativo consigo, que parece estar completamente ausente no passado, por causa disto, o futuro vivido parece ser incompatível com qualquer fenómeno análogo à memória”.<sup>114</sup>

Minkowski procura definir o que representa como “*le devenir [becoming]*”, tal como os elementos essenciais da experiência do tempo, que se formam a partir do *élan pessoal* e são mediados pelo *contacto vital com a realidade*. A temporalidade da consciência a partir da sucessão - *intuição da sucessão* - origina a continuidade. O *agora* é um dado da consciência, que origina o presente; o *Élan vital*, abre o futuro e origina o *élan pessoal* [futuro]. Tudo isto se opera numa sequência de *altos e baixos* que representa o *ciclo do élan pessoal*. O *agora* e o *élan vital* não são associados ao passado ou à memória, a continuidade é encontrada entre a sucessão e a duração vivida através um princípio de “*unfolding*”<sup>115</sup> - deste modo Minkowski *deriva o presente do agora e o élan pessoal do élan vital*<sup>116</sup>.

Minkowski dedicou-se sobretudo à importância do outro, tentando compreender o *normal* a partir do *patológico*. Através de uma perspectiva humanizante e intuitiva, a sua influência sente-se a níveis tão profundos e essenciais como na importância da valorização da vivência da pessoa doente e da sua percepção de qualidade de vida na prática psiquiátrica atual. Minkowski, figura entre os autores mais influentes da psiquiatria - enquanto o trabalho de autores como Jaspers é valorizado pela sua dimensão conceptual, Minkowski impressiona pelo seu conteúdo. Foi responsável pela introdução da filosofia na pesquisa das doenças mentais e abriu o caminho para autores subsequentes como Klaus Conrad<sup>117</sup> (1905-1961) e Wolfgang Blakenburg<sup>118</sup> (1928-2002). Colocava um grande esforço na compreensão e descrição da realidade dos seus pacientes, da sua vivência; uma descrição que parte

---

<sup>113</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 215.

<sup>114</sup> Minkowski, *Lived Time*, 40.

<sup>115</sup> Minkowski, *Lived Time*, 36.

<sup>116</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 198.

<sup>117</sup> Klaus Conrad (1905-1961) foi um neurologista e psiquiatra alemão, que introduziu o conceito de “humor ou atmosfera delirante”, uma das alterações psicopatológicas que ocorre nas fases prodrômicas da esquizofrenia, tendo aplicado os conceitos da *psicologia gestalt* às afasias, às psicoses sintomáticas e à esquizofrenia incipiente. Com uma influência que se mantém até aos dias de hoje, *Conrad* descreveu os vários estádios da evolução da esquizofrenia, representando as etapas atravessadas pela maioria dos delírios na doença. *A fase tremata* (do latim *tremere* – abalar, estremecer), caracterizada pela sensação de estranheza que antecede o delírio – humor delirante; a *Apofania* (do grego *apóphansis* – declaração, afirmação, revelação), em que ocorria uma experiência de consciencialização anormal de um significado, geralmente sob a forma de ideação delirante, constituído uma percepção delirante; e por fim, o *Apocalipse* (do latim *apocalypsis* – caos), caracterizado por uma desorganização do pensamento e desintegração da linguagem, culminando numa desintegração do eu (in, Correia, *As raízes do sintoma e da perturbação mental*, 93-100).

<sup>118</sup> Wolfgang Blakenburg (1928-2002) foi um psiquiatra e psicólogo alemão, responsável pelo avanço, não apenas da psicopatologia fenomenológica, mas também da psicopatologia em geral. Nos seus trabalhos iniciais, utilizou a fenomenologia como um meio criar uma compreensão da esquizofrenia, não apenas como um conjunto de sintomas disfuncionais, mas como um modo diferente de existência pessoal; olhando as condições psiquiátricas não apenas como limitações negativas ao modo de viver da pessoa, mas como pertencendo a um conjunto de possibilidades humanas de potencial positivo, considerações que se mantêm válidas até aos dias de hoje. *Blakenburg* criou uma ligação, filosoficamente sustentada, entre a psiquiatria clínica, a antropologia e a sociologia, sustentando uma atitude fenomenológica: procurava valorizar todas as experiências e ações humanas, que considerava igualmente importantes, analisando-as em detalhe, sem ser influenciado por quaisquer noções fenomenológicas restritivas (in, Martin Heinze, “Wolfgang Blakenburg”, in: *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, (Oxford: Oxford University Press, 2019), 157-164). Como escreve Mishara, Blakenburg “aprendeu a ‘ouvir’ atentamente – tal como *Heidegger* repetidamente enfatizava – a linguagem, não apenas a linguagem poética ou filosófica – mas a linguagem dos pacientes que encontrava na prática clínica” (in, Aaron Mishara, “On Wolfgang Blakenburg: Common Sense and Schizophrenia”, in, *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8 (4), 2001, 318).

do “zero”, em jeito fenomenológico, liberto de qualquer pressuposição. Contra o que considerava serem os *riscos do cientismo*, dentro e fora da psiquiatria, assumia uma posição crítica contra uma certa arrogância da ciência, criando *uma ciência do humano* - “Autores como Minkowski lembram-nos da pessoa ‘por trás’ [da doença], e não é surpreendente que os seus trabalhos permaneçam importantes para os clínicos. Parecem provar que a separação da *doença do doente* apenas pode ser realizada em detrimento da nossa compreensão da síntese que ambos constituem”<sup>119</sup>. Henri Hellenberger diz-nos que o fenomenologista “tenta reconstruir o mundo interno dos seus doentes através da análise do modo como estes experienciam o tempo, o espaço, a causalidade, a materialidade e outras categorias (no sentido filosófico da palavra)”<sup>120</sup>. A análise de Minkowski mostra que, para além do tempo, outras categorias como o espaço, a materialidade e a causalidade, são também suscetíveis de uma análise fenomenológica – relacionáveis com o tempo vivido e inseparáveis dele na continuidade da vida. No que se refere à doença mental, para além das suas considerações relativas à esquizofrenia, mostrou que não é possível um vislumbre ou uma verdadeira compreensão da depressão sem nela incluir o tempo – uma abordagem que procura ter em conta o modo como o tempo é experienciado pela pessoa deprimida, sendo a depressão definida a partir de uma interação entre o *corpo-mundo*. Minkowski recorda-nos que o conhecimento científico nunca nos pode fornecer os meios para abordar os fenómenos que estão além dos objetos dessas ciências, implicando que “o humano é incomensurável com a ciência, sendo alcançável apenas pelo meio da filosofia e da poesia”<sup>121</sup>.

#### 2.4. A experiência do tempo: uma perspetiva *merleau-pontyana*

Merleau-Ponty, vê em Minkowski uma fenomenologia implícita do tempo vivido<sup>122</sup>. Em “*Le Temps Vécu*”, Minkowski, ao contrário de Bergson, que explicava a espacialização da duração vivida partindo da memória e da experiência do espaço, tenta demonstrar de que modo a consciência assimila o tempo em espaço de um modo *imediato* e sem recurso à memória<sup>123</sup>, referindo-se a uma

<sup>119</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, 240.

<sup>120</sup> Henri F. Ellenberger, *Phenomenology and Existential Analysis*, (New York: Existence, 1958), 101.

<sup>121</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski & Bergsonism*, 69.

<sup>122</sup> Minkowski exerceu uma grande influência sobre Merleau-Ponty, uma influência que se espelha em vários conceitos que vieram a constituir e definir a sua *fenomenologia da percepção*. Apesar de ter mencionado o contrário, Merleau-Ponty também deduziu o *normal do patológico*, partindo da condição patológica de *Schneider* em direção a uma *fenomenologia do corpo*. Fruto da sua patologia, *Schneider* é capaz de executar movimentos concretos, contudo não é capaz de realizar movimentos abstratos, tais como apontar. Merleau-Ponty conclui que o paciente “não está consciente, nem do estímulo nem da sua reação, simplesmente ele é o seu corpo e o seu corpo é o seu potencial para um certo mundo” (in, Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, (Paris: Galimard, 1945), 124). Este corpo, centrado no mundo, representa o *corpo fenomenológico pré-pessoal*.

<sup>123</sup> Como escreve em “*Le temps vécu*”: “(...) é o *élan vital*, ilimitado pela sua natureza, que cria e abre o futuro em toda a sua potencialidade perante nós. O futuro não é feito a partir da imagem do passado da nossa memória” (Minkowski, *Lived Time*, 40).

“especialização do tempo”<sup>124</sup>, que considera e analisa em estados *normais e patológicos*. A sua relutância em aceitar os contributos da psicologia e da fisiologia, levaram Minkowski a uma *fenomenologia do espaço sem antes passar por uma fenomenologia do corpo* – trabalho que viria a ser continuado por filósofos como Merleau-Ponty<sup>125</sup>.

Quando se refere à percepção, Merleau-Ponty procura abordar a nossa experiência de *ser-no-mundo*, assumindo deste modo a fenomenologia como o estudo e descrição da *experiência pré-reflexiva*. Segundo Merleau-Ponty, a base de qualquer estudo fenomenológico deve partir da descrição da percepção do mundo enquanto experiência – considerações que motivam e formam a estrutura da sua mais citada obra – *“Fenomenologia da Percepção”*, a partir da qual procura fundar a base fenomenológica da existência – “O mundo percebido é a, sempre pressuposta, fundação de toda a racionalidade, de todo o valor e de toda a existência”<sup>126</sup>.

Em Merleau-Ponty, o corpo assume uma particular importância. Para o filósofo, o corpo é “um veículo de estar no mundo”<sup>127</sup>. O corpo a que Merleau-Ponty aqui se refere é o “corpo vivido” ou “corpo próprio”, que corresponde a uma dimensão da corporeidade que é, no seu aparecer, que é fundamentalmente diferente do *corpo objetivo*. A novidade de Merleau-Ponty é a de considerar que tal corpo vivido guarda uma dimensão pré-reflexiva, ou seja, o corpo representa uma “(...) experiência pré-reflexiva global de ser no mundo”<sup>128</sup>. Neste sentido, trata-se de considerar a dimensão pré-pessoal e pré-reflexiva do corpo vivido e que significa *existir em algum lado sem precisar de ser refletido ou concebido como meu*; um corpo que não é, nem pode ser visto como um objeto - “O que o impede [o corpo] de alguma vez ser um objeto, de jamais ser ‘completamente constituído’, é o facto de o corpo ser aquilo pelo qual há objetos”<sup>129</sup>. Merleau-Ponty define assim o conceito de “intencionalidade motora”<sup>130</sup>, sustentando que o corpo permanece como “um sujeito” para o qual “há um mundo antes de eu lá estar, que marca nele o meu lugar”<sup>131</sup>.

Poderíamos afirmar que, deste ponto de vista, a experiência vivida do corpo, sem deixar de ser concreta e “material”, extravasa os limites do corpo físico, prolongando-se no mundo e nos outros. Como afirma Merleau-Ponty, “não somos um psiquismo unido a um organismo, mas este *vai-e-vem* da existência que ora se deixa ser corporal, ora se dirige aos atos pessoais”<sup>132</sup>. Tal como podemos ler

---

<sup>124</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski & Bergsonism*, 190.

<sup>125</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski & Bergsonism*, 234.

<sup>126</sup> Maurice Merleau-Ponty, *The Primacy of Perception, And Other Essays On Phenomenological Psychology, the Philosophy of Art, History and Politics*, (Illinois: Northwestern University Press, 1964), 12.

<sup>127</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 97.

<sup>128</sup> Luís António Umbelino, “Filosofia do corpo e inventário da dor: Elementos para uma fenomenologia da experiência do membro-fantasma”, in *Revista Filosófica de Coimbra*, nº 51, 2017, 146.

<sup>129</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 108.

<sup>130</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 161.

<sup>131</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 294.

<sup>132</sup> Umbelino, *Filosofia do corpo*, 145.

em *“Filosofia do corpo e inventário da dor”*: “tais condições ‘materiais’ só ganham sentido – e, portanto, se fundam – sobre o pano de fundo arcaico do *ser-no-mundo* habitual”<sup>133</sup>. Tudo se passa como se a profundidade da experiência nos chegasse a partir do dinamismo *anômico e pré-pessoal da incorporação do corpo habitual*. Merleau-Ponty opera uma análise fenomenológica do corpo como um modo de ser no mundo a partir de exemplos como o *“fenômeno do membro fantasma”*<sup>134</sup>, atribuindo ao corpo um lugar central no contexto da experiência do mundo. Um corpo que é vivido, que se mantém, não através dos seus limites materiais, mas por meio de um dinamismo capaz de segurar o tempo e o espaço; *que se completa espacialmente e perdura temporalmente*.

O corpo representa, em Merleau-Ponty, o mediador da relação do homem com o mundo; um mundo que se concebe como *pré-reflexivo*, espelhando uma relação *pré-consciente* do homem com o mundo e com os outros. Merleau-Ponty define assim a subjetividade humana como fundada na *corporeidade*, em que a experiência perceptiva do sujeito surge mediante a sua presença no mundo enquanto corpo, propondo o corpo como “um terceiro gênero entre o sujeito puro e o objeto”<sup>135</sup>. Um corpo que é o veículo da minha experiência subjetiva e se realiza enquanto tal, a partir da sua espacialidade e do desdobramento do seu *ser-no-mundo*. Em Merleau-Ponty, o corpo, a sua motricidade, o seu modo de ser “ligação” ao mundo, é o primeiro esboço da consciência. O próprio modo como o corpo se “completa” no mundo (demonstrado no membro-fantasma: quando o membro é amputado, o corpo vivido mantém a ligação prática e “faz aparecer” o fantasma) é já um primeiro modo de “ter consciência” do mundo e do “significar”. Tal extrato da experiência, inscrita diretamente sobre o corpo, não deixará mais de marcar silenciosamente toda a nossa identidade. O sujeito torna-se assim inseparável do mundo, numa dinâmica *sujeito-mundo* através da qual o mundo e o sujeito se formam de um modo “incorporado” nessa mesma relação, dando origem a um sujeito cuja raiz de subjetividade está na própria relação com o mundo: “O mundo é inseparável do sujeito, mas de um sujeito que não é senão projeto do mundo, e o sujeito é inseparável do mundo, mas de um mundo que ele mesmo projeta.”<sup>136</sup>.

Merleau-Ponty procura assim mostrar como é que o corpo – que representa a unidade de coexistência pré-reflexiva – tem o seu correlato com a síntese das coisas no mundo, constituindo o espaço expressivo que contribui para a significação das ações pessoais: “O *corpo-próprio* está no mundo assim como o coração está no organismo; ele mantém o espetáculo visível continuamente em vida, anima-o e alimenta-o interiormente, formando com ele um sistema”<sup>137</sup>. Um corpo que se gera e estrutura na *intersubjetividade*, permitindo a relação com os outros e com o mundo; num mundo que

---

<sup>133</sup> Umbelino, *Filosofia do corpo*, 144.

<sup>134</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 90- 105.

<sup>135</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 416.

<sup>136</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 491.

<sup>137</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 235.

é percebido por nós diretamente como seres *pré-pessoais* e *embodied*, ligados a um espaço que todos partilhamos: “A nossa corporeidade comum (...) abre-nos um mundo social partilhado”<sup>138</sup>. Merleau-Ponty demonstra assim uma relação interpessoal corporalmente fundada, que permite, nessa mesma dinâmica relacional, *a criação do sujeito, do outro e do mundo*; que se fundam individualmente enquanto dimensões inseparáveis e pertencentes a um conjunto *intersubjetivamente* criado: “Cada coisa percebida revela o seu sentido na exata medida em que irradia a própria ligação ao fundo de pertença que a une a todas as outras e o ao próprio corpo perceptivo (...)”<sup>139</sup>.

Tal ligação ou coexistência “não é alheia ao tempo”<sup>140</sup>; Merleau-Ponty apresenta-nos um tempo que é diferente daquele tempo padronizado e quantitativo; mas sim um “aparecer selvagem do tempo”<sup>141</sup>; que “deixa a sua marca indelével nas dobras do corpo e do mundo”<sup>142</sup>. O tempo em Merleau-Ponty inscreve-se e existe na *corporeidade*, gerando-se a partir de uma relação corporalmente fundada entre o sujeito e o mundo: “o tempo não é (...) uma sucessão efetiva (...). Ele *nasce* da minha relação com as coisas”<sup>143</sup>. Um tempo que se marca sobre um corpo vivido, sobre a totalidade da existência; um vivido do corpo que é, em certa medida, o vivido do tempo.<sup>144</sup> Não sendo eu nem coisa, nem puro sujeito, mas sim corpo, o tempo não é primeiro uma abstração, representando sim um *vivido*, que surge corporalmente como a “mistura de todas as dimensões”<sup>145</sup>.

Merleau-Ponty rejeita as abordagens clássicas à dimensão do tempo, onde o tempo é considerado como uma propriedade objetiva das coisas, como um conteúdo psicológico ou como um produto da consciência transcendental. Ao contrário, sugere que a experiência fundamental do tempo é algo como um “campo de presença”<sup>146</sup>, envolvendo deste modo uma dinâmica de abertura em direção à alteridade, onde o sujeito e o objeto se revelam como “(...) dois momentos abstratos de uma estrutura única; nomeadamente a presença”<sup>147</sup>. Assim, o tempo em Merleau-Ponty, representa-se numa subjetividade última, que não se compreende numa consciência eterna, mas sim através do ato

<sup>138</sup> Stanford Encyclopedia of Philosophy, “Maurice Merleau-Ponty”, 2016, retirado de: <https://plato.stanford.edu/entries/merleau-ponty/>.

<sup>139</sup> Luís António Umbelino, “Fenomenologia e Ontofenomenologia do Tempo em Merleau-Ponty”, in, *Reflexão, Campinas*, 34(95), 2009, 34.

<sup>140</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 306.

<sup>141</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 35.

<sup>142</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 35.

<sup>143</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 471.

<sup>144</sup> A este propósito, cabe-nos recordar a temática da presente dissertação, em que a depressão pode ser entendida como uma “ferida” que se marca neste vivido quando as dimensões do tempo “corporalizado” se “congelam”.

<sup>145</sup> Em “*Fenomenologia da Percepção*”, Merleau-Ponty critica as teorias que tentam explicar o ser partindo de uma perspectiva que o reduz à cognição, à sexualidade ou a outro conceito abstrato; propondo-se a conceptualizar a temporalidade como uma dimensão da existência e recusando-se a considerar o tempo como um fenómeno distinto da presença temporal ou espacial – deste modo, chama-nos a atenção para o fenómeno do tempo, mas em particular, para a impossibilidade de se *reduzir o ser a um só fenómeno*: “Podemos agora dizer da temporalidade o que dissemos previamente acerca da sexualidade e da espacialidade, por exemplo: a existência não pode ter nenhum atributo externo ou contingente. Não pode ser nada – espacial, sexual, temporal – sem o ser na tua totalidade, sem agarrar e fazer avançar os seus atributos e transformá-los nas várias dimensões do ser (...)” (in, Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 467). Ao invés de tentar explicar o ser com base em conceitos abstratos, Merleau-Ponty propõe-se a examinar a dimensão temporal do sujeito na sua experiência concreta de ser, na sua presença, tal como a sua presença é experienciada em relação com o mundo.

<sup>146</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 475.

<sup>147</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 492.

de temporalização - “Não digamos mais que o tempo é um ‘dado da consciência’, digamos mais precisamente, que a consciência desdobra ou constitui o tempo”<sup>148</sup>. Deste modo, considera a consciência como “(...) o próprio movimento de temporalização (...)”<sup>149</sup>, que opera uma síntese do tempo que “(...) é um movimento de uma vida que se desdobra”<sup>150</sup>. Merleau-Ponty, apresenta-nos assim a um tempo que define a própria subjetividade através da relação com o mundo e estruturação no corpo: “(...) as dimensões corporais, enquanto se recobrem perpetuamente, se confirmam umas às outras, nunca fazem senão explicitar aquilo que estava implicado em cada uma, exprimem todas elas uma só dissolução ou um só ímpeto que é a própria subjetividade. É preciso compreender o tempo como sujeito e o sujeito como tempo”<sup>151</sup>.

Merleau-Ponty distingue o *tempo vivido* de um tempo cronológico<sup>152</sup>, designando assim o que chama de tempo “verdadeiro”<sup>153</sup>, o “tempo vivo”<sup>154</sup> – um tempo que se relaciona de tal modo com o corpo que nele deixa a sua marca à medida que se desloca no espaço - “(...) um tempo que, então, ao dobrar-se sobre si no corpo, o temporaliza”<sup>155</sup>. As coisas que existem num mesmo espaço existem também na mesma “onda temporal”<sup>156</sup>, considerações que nos introduzem aos conceitos de *protensão e retenção*: “onde pulsa ainda a onda precedente e está retida antecipadamente a seguinte”<sup>157</sup>.

Merleau-Ponty considera que, para que exista um fluxo de tempo é necessário que exista um sujeito corporal, um sujeito enraizado “no próprio tempo” que o experencie, ou seja, que o viva. A consciência não é um recetor passivo ou um “gravador” do tempo, mas sim, um aspeto necessário à constituição do próprio tempo que, “ao passar pelo corpo que o vive” se desvenda não apenas como sucessão, mas também como imbricamento de todas as dimensões do tempo, como verticalidade, mais do que horizontalidade. Tal temporalidade compreende-se como uma presença corporal, e que, na sua relação com o mundo, funda a experiência de significação que lhe dá sentido – “A consciência do tempo nunca é independente da presença corporal e o mundo ganha uma qualidade temporal devido ao sujeito; a perspetiva finita do sujeito impõe temporalidade aos objetos, que são apenas ‘agora’ sem a perceção temporal do sujeito”<sup>158</sup>. Apesar de criticar a *consciência interna do tempo* de

---

<sup>148</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 474.

<sup>149</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 493.

<sup>150</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 484.

<sup>151</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 482.

<sup>152</sup> A este propósito, Pio Abreu, em “O Bailado da Alma”, fala-nos do tempo cronológico como uma noção vulgar de tempo, como correspondente a um tempo espacializado, divisível em unidades, à semelhança de um mostrador de relógio. Distingue-o do tempo vivido, um tempo que corresponde à duração; contínuo e indivisível – um tempo não se limita ao presente, mas que é saturado de um passado indissociável do presente e que influencia o futuro; um tempo de duração contínua, marcada pela consciência humana (in, Pio Abreu, *O bailado da alma*, 108).

<sup>153</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 475.

<sup>154</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 150.

<sup>155</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 42.

<sup>156</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 306.

<sup>157</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 35.

<sup>158</sup> Merve Rumeysa, “Perception and Time-Experience in Merleau-Ponty and Bergson”, in, *Uludag University Faculty of Arts and Sciences Journal of Philosophy*, 23, 2014, 166.



Husserl<sup>159</sup>, Merleau-Ponty mantém a noção do presente como tendo uma certa prioridade em relação ao passado e ao futuro, permitindo uma “estabilização do tempo” ao partir de uma presença corporal. Deste modo, Merleau-Ponty coloca ênfase numa condição de presença na temporalidade do ser, reforçando a unificação da temporalidade a partir da presença corporal. A sensação de passado e futuro dependem de um sujeito que viva primariamente o presente, definindo a partir deste conceito uma conceptualização da memória enquanto fenómeno. Uma memória apenas é recordada se fizer sentido no presente – “O passado não é um passado inconsciente e não existiria se o sujeito não tivesse ‘já a significância da presença do passado’<sup>160</sup>; ou como escreve em “*Fenomenologia da Percepção*”: “Se finalmente concedemos que as memórias não se projetam por si próprias sobre as sensações, mas que a consciência as compara com os dados do presente, mantendo apenas aquelas que concordam com eles, então estamos a admitir um texto original que carrega consigo um significado e a colocá-lo contra as memórias: este texto original é a percepção em si”<sup>161</sup>.

Merleau-Ponty faz assim uma crítica à noção clássica de tempo na fenomenologia, apresentando-nos um tempo que é, essencialmente dinâmico, um tempo que não pode ser apenas presente, passado ou futuro; que não se estrutura cronologicamente, mas que, enquanto fenómeno vivido, é princípio de mistura, cruzamento e troca de todas as dimensões. Neste sentido, opõe-se a uma conceptualização do tempo como apresentando um único sentido; do passado para o futuro; sustentando que este tempo de que se fala “longe de ser linear, mistura constantemente todas as dimensões de presente, passado e futuro”<sup>162</sup>. O tempo só é tempo se tiver como referência o próprio corpo – *o meu corpo* - o sítio onde a passagem do tempo se mistura com todas as outras dimensões. Neste ponto, Merleau-Ponty afasta-se de Husserl: esta mistura não se faz através de um *sistema de encaixes* – mas sim, num espaço onde as dimensões temporais se interligam num todo inseparável. A realidade do tempo não se define em Merleau-Ponty como uma série de eventos não relacionáveis

---

<sup>159</sup> A fenomenologia de Husserl representa, por um lado, uma *fenomenologia da percepção* - ao focar-se no modo como o mundo se apresenta a um sujeito que o experiencia através dos seus sentidos - e por outro lado, uma *fenomenologia do tempo* ou de uma “*consciência interna do tempo*”- referindo-se ao modo como a presença das coisas é experienciada através da uma presença original, afetiva e autoafetiva do sujeito para si próprio: a *autotemporalização do sujeito* (in, Federico Leoni, “Time”, in: *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, (Oxford: Oxford University Press, 2019). Husserl, partindo do tempo, avança, para uma compreensão corporal do tempo numa “fenomenologia da consciência interna do tempo”. O tempo coincide com o sujeito, mas o sujeito é corpo; a síntese e a temporalização ocorrem antes de qualquer ato subjetivo ou processo de temporalização. A presença envolve duas tensões diferentes, duas intencionalidades, que formam a profundidade e a noção de presença do *eu*: a *retenção*, que retém o passado no interior da presença e a *protensão*, que abre a presença para o futuro. Estas formas não são ativamente produzidas pela consciência, mas sim imanentes; uma intencionalidade passiva, imanente à presença sensível em si própria – uma forma de intencionalidade imanente, que é em si mesma, *dupla*. Por um lado, permite a persistência da presença, a modificação interna do presente a partir do passado (*retenção*) e por outro, a antecipação do futuro e a modificação do presente a partir do futuro (*protensão*). O tempo, apresenta-se assim como uma estrutura corporal que é contínua e articulada; uma complexidade que é imanente e que, ao mesmo tempo, se funda no desenvolvimento e transcendência do eu; uma passividade sensível e material que é ao mesmo tempo capaz de gerar transcendência e subjetividade. É este *tempo-corpo* que se encontra alterado nas diferentes formas de experiência psicopatológica.

<sup>160</sup> Rumeysa, Perception and Time-Experience, 166.

<sup>161</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 29.

<sup>162</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 35.

entre si e “surgindo do nada”, mas sim como um “sistema de equivalências onde o que acaba de ser jamais coincide consigo mesmo, mas é quiasma de todos os eventos que foram, são e serão”<sup>163</sup>.

O tempo é assim “mistura e envolvimento de dimensões contemporâneas do mesmo mundo, pelos quais pode haver uma presença do passado no presente”<sup>164</sup>, surgindo a *ideia de verticalidade: um ponto no presente em que o presente e o passado se representam no mesmo presente dimensional*. Estas considerações formam a base do conceito merleau-pontyano de “tempo vertical”<sup>165</sup>: uma sucessão de presentes englobados pelo passado e pelo futuro, cuja dinâmica e estruturação em “cada presente” é possível através da sua inscrição no corpo. Cada instante é “fundado de uma vez por todas pela sua passagem pelo presente”<sup>166</sup>: “É ao vir ao presente que um momento do tempo adquire a sua individualidade indelével, o seu ‘de uma vez por todas’ que lhe permitirá de seguida atravessar o tempo”<sup>167</sup>. Um tempo que se estrutura num presente que é corporal: “(...) o passar de um tempo que mistura todas as dimensões e as mantém copresentes no seu próprio movimento, não é estranho a um corpo que, de algum modo, encontra um lugar possível para se referir a si próprio no presente, podendo depois ser passado e futuro sem se destruir”<sup>168</sup>. *Recorrendo ao corpo*, num movimento dinâmico do tempo, Merleau-Ponty revela uma *dimensão temporalizadora do corpo e uma dimensão corporalizadora do tempo*: “o corpo perceptivo votado ao mundo é espacializado pelo espaço e temporalizado pelo tempo”<sup>169</sup>.

Na conceção merleau-pontyana, a *protensão* é definida como uma “antecipação indefinida envolvendo eventos internos ou externos”<sup>170</sup>, uma “expectativa relativa ao que está a acontecer”<sup>171</sup>, que pode corresponder ou não ao esperado, funcionando como um “cone de probabilidades”<sup>172</sup>. O que é provável para mim é determinado pelas minhas *retenções*, as minhas impressões presentes e as minhas intenções naquele momento, sendo disso um exemplo, o processo de fala: *quando falo, estou consciente do início da frase, do que estou a dizer naquele momento e das minhas intenções a cada momento*. Merleau-Ponty descarta assim a ideia de um tempo que corre sempre do passado para o futuro; um tempo em que o presente representa uma consequência do passado e o futuro uma consequência do presente – partindo de Husserl, desenvolve um tempo que não é meramente cronológico, adaptando, como já referido, o conceito Husserliano de um tempo que funciona “como

---

<sup>163</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 40.

<sup>164</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 41.

<sup>165</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 41.

<sup>166</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 54.

<sup>167</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 484.

<sup>168</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 37.

<sup>169</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 37.

<sup>170</sup> Thomas Fuchs, “The Temporal Structure of Intentionality and Its Disturbance in Schizophrenia”, in, *Psychopathology*, 40, 2007, 231.

<sup>171</sup> Fuchs, *The Temporal Structure*, 231.

<sup>172</sup> Fuchs, *The Temporal Structure*, 231.

um sistema de encaixes”<sup>173</sup>. A partir dos seus conceitos de *retenção e protensão*, concebe um tempo em que o presente tem ainda em si um “bocado de passado e de futuro” – remetendo-nos novamente ao conceito de *verticalidade do tempo* - um presente em que a intencionalidade se desenvolve num horizonte de *retenções* do passado e *protensões* do futuro. Um tempo que se estrutura como uma sequência ou uma “teia” de relações intencionais, *protensões e retenções*, que funcionam num movimento de deiscência e autodiferenciação, de modo que “cada presente reafirma a presença de todo o passado que expulsa e antecipa a presença do todo o futuro *por vir*”<sup>174</sup>.

A estrutura temporal do arco intencional foi explorada por Husserl na sua obra “*Phenomenology of the Consciousness of Internal Time*”<sup>175</sup>, onde sustenta que “por trás” da consciência e da intencionalidade ativa - pela qual somos dirigidos para as coisas – existem “uns bastidores”; um estrato a que este chama de *síntese passiva*, uma síntese que se opera em vários domínios, sendo um deles a *temporalidade*<sup>176</sup>. Merleau-Ponty utilizou o termo “*arco intencional*” chamando a atenção para a estreita ligação que existe entre o agente e o mundo, por meio de esquemas perceptivos ou motores – definindo um *arco intencional com uma dimensão eminentemente temporal*. Na sua noção de *arco intencional* aborda “o modo como o dinamismo corporal é implícita e constitutivamente espacial, mas também temporal, orientando-se para o mundo, como um ‘diafragma interior’ que retém o passado e o projeta constantemente para o futuro”<sup>177</sup>; o mesmo *arco intencional* que se distende na doença: “A vida de consciência – vida que se conhece, vida do desejo ou vida perceptiva – é sustentada por um arco intencional que projeta em redor de nós o nosso passado, o nosso futuro, o nosso meio humano, a nossa situação ideológica, a nossa situação moral, ou melhor, que faz com que nós sejamos situados por todas essas relações”<sup>178</sup>. Merleau-Ponty estabelece algo de essencial para a permanência de um “eu consciente”: “parece ser a memória prática do mundo, guardada e reencenada pela motricidade do corpo habitual, que dá espessura temporal ao modo

<sup>173</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 307.

<sup>174</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 495.

<sup>175</sup> Edmund Husserl, *On the Phenomenology of the Consciousness of Internal Time*, (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1991).

<sup>176</sup> Na estrutura mais básica da vida mental vamos encontrar o que Husserl chamou de síntese da “*consciência interna do tempo*” – a consciência não se estrutura numa série de “agoras”, a experiência da consciência implica estar consciente do que acabei de ver, ouvir ou pensar [*retenção*], tal como antecipar uma continuação do que estou no momento presente a ver, ouvir ou pensar [*protensão*]. Estas considerações são ilustráveis com um exemplo, também utilizado por Husserl: *a música*. Ao ouvirmos uma determinada melodia, estamos constantemente conscientes das notas que estão a ser tocadas, e essas notas, tocadas no presente, criam uma certa expectativa em relação ao modo como a melodia pode ser continuada – a percepção de uma música não é uma sucessão de “agoras”, mas sim um processo de auto-organização dinâmico que vai sendo realizado à medida que a melodia avança. Através da sua estrutura de *retenção-protensão* a consciência torna-se um processo autorreferencial, permitindo a sensação de agência – “Os eventos mentais na minha consciência não são meus apenas porque se sucedem uns aos outros na mesma vida mental, mas sim porque estão inerentemente entrelaçados como as ligações de um a corrente” (Fuchs, *The Temporal Structure*, 231) – são estes fenómenos que vão constituir a “unidade da consciência ao longo do tempo”. (Fuchs, *The Temporal Structure*, 231). Salienta-se, a este propósito, as considerações de Fuchs, de que a agência é baseada numa sensação corporal de potencialidade, de ser capaz de se mover, tal como na própria sensação proprioceptiva e cinestésica do movimento. A agência como “auto-movimento” do corpo é o complemento necessário para a sua auto-afetividade, juntos estes formam a auto-consciência [*awareness*] ou auto-referencialidade da *embodied consciousness*. Assim, a auto-afetividade e o movimento próprio do corpo são operativos no arco intencional através do qual o *embodied self* se relaciona com o mundo (in, Thomas Fuchs, “Corporealized and Disembodied Minds: A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia”, in, *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 2, 2005).

<sup>177</sup> Umbelino, *Filosofia do corpo*, 153.

<sup>178</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 190.

incarnado de ser no mundo”<sup>179</sup>. Deste modo, Merleau-Ponty descreve o que pode ser conceptualizado como *uma transformação temporal do espaço* - “O corpo opera por debaixo da existência pessoal, um fundo que é a própria estrutura temporal do *ser-no-mundo*”<sup>180</sup>; um tempo que “é conservado originalmente por força de uma espacialidade negociada corporeamente”<sup>181</sup>. Merleau-Ponty considera que um sujeito corporal é necessário à passagem do tempo, o que o distingue de Husserl – *o corpo dá significação ao tempo, sendo a base de uma temporalidade vivida*, considerando que *há uma textura corporal no tempo: o corpo é a medida do vivido; um corpo que é uma experiência, que é vocação no mundo; um corpo que ele próprio circula entre as dimensões do tempo; e o próprio tempo que necessita do corpo para aparecer*.

Recorrendo à fenomenologia, Merleau-Ponty analisa os modos de dar significado ao mundo, sustentando que o tempo existe na medida em que é experienciado por mim - *a experiência do tempo constitui o próprio tempo*. Sustenta assim uma abordagem fenomenológica onde se descartam explicações estritamente filosóficas, psicológicas e fisiológicas, procurando não ceder a um pensamento causal e a preconceitos objetivistas. Não se procura negar as contribuições neurocientíficas, médicas ou da psicologia cognitiva, contudo, a uma investigação causal; a partir do olhar *objetivante* da abordagem científica, deve juntar-se a descrição do primitivamente experienciado, sob o ponto de vista de um *tempo vivido corporalmente mediado*. Nem sempre existirá um paralelo entre ambas as abordagens, a aproximação a uma compreensão profunda deverá partir de uma “articulação entre o psíquico e o fisiológico”<sup>182</sup>, procurando um encontro; um meio integrador entre ambos. A importância desta conceção fenomenológica de tempo para o estudo da depressão pode ser bem avaliada através do modo como é apropriado por Thomas Fuchs, autor a que nos dedicaremos nos próximos parágrafos.

A psicopatologia fenomenológica está inegavelmente ligada a uma longa tradição de discussões filosóficas centradas na natureza do tempo. É por essa razão que a perspectiva de Merleau-Ponty nos interessa particularmente. Com a sua tese, envolvendo um tempo não cronológico que se estrutura a partir de uma relação entre o sujeito e o mundo e se une através da sua inscrição no corpo, permite-nos pensar a depressão como temporalidade alterada ou bloqueada. De facto, apenas sobre a noção de tempo vivido como imbricamento das dimensões (e não como simples cronologia exterior) se pode abordar tal questão de modo consequente. De facto, na depressão, a temporalidade do sujeito está alterada e a sua experiência, temporalmente fundada, é também afetada. Um fenómeno de

---

<sup>179</sup> Umbelino, *Filosofia do corpo*, 156.

<sup>180</sup> Umbelino, *Filosofia do corpo*, 159.

<sup>181</sup> Umbelino, *Filosofia do corpo*, 154.

<sup>182</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 92.

deslocação temporal que varia significativamente de acordo com o paciente em questão e, particularmente, de acordo com a patologia em questão.



## CAPÍTULO 3

### UMA ESTRUTURA DA VIVÊNCIA DA TEMPORALIDADE

#### 3.1. Tempo e psicopatologia

Desde os trabalhos de Minkowski, Strauss<sup>183</sup>, Binswanger<sup>184</sup>, Gebattel<sup>185</sup> e Tellenbach<sup>186</sup>, a temporalidade tem sido um dos principais temas da psicopatologia fenomenológica. Adotando os conceitos filosóficos de Bergson, Husserl e Heidegger<sup>187</sup>, estes autores analisaram as alterações

---

<sup>183</sup> Erwin Straus (1891-1975), neurologista e fenomenologista, fez parte da criação da medicina e psiquiatria antropológica, uma abordagem holística, que se mostrava crítica a uma abordagem mecanicista ou reducionista. Num artigo publicado em 1928, Strauss descreve a depressão endógena ou melancólica como um “tempo do ego”, um movimento da vida que fica preso, enquanto o “tempo do mundo” continua e “lhe passa ao lado”. Estas considerações formam a base do que veio a ser posteriormente descrito em relação à temporalidade da depressão: uma desaceleração do tempo vivido, dependente de uma componente conativa reduzida, resultando numa dessincronização em relação ao tempo do mundo, (in, Erwin Strauss, “Das Zeiterlebnis in der endogen Depression und in der psychopathischen Verstimmung”, in, *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 68, 1928, 640-656).

<sup>184</sup> Ludwig Binswanger (1881-1966), foi um psiquiatra suíço, pioneiro naquela que viria a ser conhecida como a terapia existencial. Na sua fase mais husserliana, com a publicação de “*Melancholy and Mania*” em 1960, Binswanger considerava que a síntese temporal de Husserl requeria um *momento de presença vivida*, que incluisse as dimensões de protensão e retenção, e que as formas de experiência patológica partiam de um colapso interno do equilíbrio entre estas três dimensões. De acordo com esta visão, na experiência melancólica considerava que a retenção destrói todas as outras dimensões temporais, tornando o passado num fardo irreversível e impenetrável (in, Ludwig Binswanger, “Melancholie Und Manie: Phanomenologische Studien”, in, *Psychoanalytic Quarterly*, 30, 1961, 433-435). Mais tarde, Thomas Fuchs contestou a visão de Binswanger, considerando que este confundia a retenção com o passado (in, Thomas Fuchs, “Temporality and Psychopathology”, in, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12,1, 2013, 10).

<sup>185</sup> Viktor Emil Von Gebattel (1883-1974), psiquiatra e filósofo alemão, que, entre os seus inúmeros contributos para a prática clínica psiquiátrica, avisou acerca do perigo da “desumanização” da medicina, considerações ainda relevantes nos dias de hoje, (in, Viktor E. V. Gebattel, *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, (Berlin: Springer, 1954).

<sup>186</sup> Hubertus Tellenbach (1914-1994), psiquiatra alemão e investigador na área da psiquiatria fenomenológica, ofereceu inúmeros contributos em áreas como a metodologia da abordagem fenomenológica, estudo da melancolia e fenomenologia da atmosfera e do humor (in, Hubertus Tellenbach, *Melancholy: History of the Problem, Endogeneity, Typology, Pathogenesis Clinical Considerations*, (Pittsburgh: Duquesne University Press, 1980)).

<sup>187</sup> Heidegger publica em 1927 a sua obra-prima “Ser e Tempo”, onde introduz o termo *Dasein*, que é sempre um *ser-no-mundo*. Um *ser-no-mundo* que representa um mundo que se dobra em si mesmo, revelando-se como algo diferente de si próprio, mas ao mesmo, como nada para além de si próprio. Uma fenomenologia radical que não considera o sujeito como algo separado e distinto do mundo: o ato de fazer, e não apenas de saber, vai fornecer o substrato para uma fenomenologia da experiência e da existência; a experiência não é vista como algo que se dirige do sujeito para o objeto, mas sim como um terceiro espaço que se abre entre o sujeito e o objeto e em que estes se revelam como efeitos ou abstrações. Heidegger sobrepõem-se às considerações de Kant ou de uma fase husserliana inicial de que o tempo está no sujeito ou no corpo. Afasta-se de uma visão merleau-pontyana, na sua noção de “carne”, de um tempo fundado num substrato intercorporeal que ultimamente coincide com o mundo em si mesmo. O tempo é o mundo dobrando-se sobre si mesmo e desdobrando-se de si mesmo em qualquer gesto, prática ou evento - o tempo é o que nos constitui; um desbrochar do ser nas suas infinitas formas – *o ser é tempo*. Merleau-Ponty, influenciado pelo conceito de um sujeito que é *ser-no-mundo*, afasta-se da ontologia, do estudo e da revelação do ser em si próprio,

psicopatológicas na experiência do tempo, em patologias como a Depressão, a Perturbação obsessivo-compulsiva e a Esquizofrenia - estabelecendo uma tradição da temporalidade na psicopatologia, na qual a filosofia se pôde basear. As análises iniciais realizadas por estes autores, focaram particularmente as alterações psicopatológicas da experiência do tempo sob um ponto de vista individual, dos quais são exemplo alterações como a *desaceleração ou inibição do tempo vivido na depressão*. Os seus contributos foram fundamentais no desenvolvimento e continuação do estudo das vivências psicopatológicas até aos tempos modernos, sendo ainda bastante relevantes nos dias de hoje. Atualmente, estas são enriquecidas pela exploração de conceitos que transcendem a individualidade e o dualismo que caracterizam as concepções filosóficas clássicas, sendo introduzidos conceitos como *temporalidade intersubjetiva* e *embodiment*<sup>188</sup>.

O tempo é integral ao modo como experienciamos o mundo, constituindo uma dimensão que figura em vários tratados de psicopatologia que orientação a prática clínica psiquiátrica atual. Na sua obra "*Sims's: sintomas da mente*", Femi Oyeboode, dedica um capítulo ao que chama de "*perturbações do tempo*"<sup>189</sup>, que divide em: *perturbações do tempo objetivo* e *perturbações do tempo subjetivo*. As *perturbações do tempo objetivo* são baseadas numa certa definição de *tempo objetivo*: um tempo cronológico, físico ou histórico, que é quantitativo e independente do eu; que depende de medidas rigorosas, que é partilhado com os outros e verificável. Nestas incluem-se: alterações do conhecimento do tempo cronológico, que se designa como *desorientação alopsíquica*, do conhecimento da duração do tempo enquanto medida quantitativa e ainda alterações no reconhecimento da ordem cronológica do tempo. As *perturbações do tempo objetivo* são caracterizadas por uma incapacidade de separar os eventos do passado, presente e futuro; de estimar uma duração e de colocar eventos numa determinada ordem cronológica, estando frequentemente associados a patologias que cursam com alterações da consciência, memória ou atenção. As *perturbações do tempo subjetivo*, que se define como um tempo "interno", uma experiência subjetiva do tempo, podem incluir *perturbações do fluxo, direção, unicidade ou qualidade do tempo*. As *perturbações do tempo subjetivo* envolvem alterações no modo como o tempo é experienciado, que alteram significativamente o modo como o mundo objetivo é experienciado, estando frequentemente associadas a patologia como a Esquizofrenia, a Perturbação Afetiva Bipolar e a Depressão.

Thomas Fuchs, psiquiatra e filósofo alemão contemporâneo, dedica-se ao estudo da fenomenologia enquanto método de acesso à experiência subjetiva, em particular nos estados

---

propondo-se a descrever o modo como o significado emerge no mundo a partir da interação entre os sujeitos humanos e os objetos da sua experiência. Focando-se numa análise pré-teórica da experiência humana ao invés da análise do *Dasein*, Merleau-Ponty cria o caminho para uma *fenomenologia da percepção*.

<sup>188</sup> Este conceito será brevemente mencionado mais à frente nesta dissertação. Contudo, uma exploração adequada do mesmo ultrapassaria os objetivos da presente dissertação, servindo por isso, de substrato para um trabalho futuro.

<sup>189</sup> Femi Oyeboode, *Sims' Symptoms in the Mind*, (London: Elsevier, 2018), 71.



patológicos. No seu artigo “*Temporalidade e Psicopatologia*”<sup>190</sup>, Fuchs desenhou o que considera ser a *estrutura básica da vivência da temporalidade*, que servirá de base a uma posterior *exploração da fenomenologia da experiência do tempo na depressão*, assunto que motiva a presente dissertação. Segundo Fuchs, com vista a uma melhor compreensão e estruturação da experiência do tempo enquanto vivido, esta pode ser dividida nos conceitos de: *temporalidade subjetiva*, onde se inclui o *tempo implícito* [ou *vivido*] e o *tempo explícito* [ou *experienciado*] e por fim, a *temporalidade intersubjetiva*.

### 3.2. Temporalidade implícita

O *tempo implícito ou vivido*, designa um tempo pré-reflexivo, um tempo que, segundo Merleau-Ponty, define a própria subjetividade na sua relação com o mundo, representando, tal como considerado por Thomas Fuchs, a experiência do movimento da vida sem a consciência do tempo a passar; o fluxo da vida em si mesmo. Um tempo dirigido ao objeto imediato, que está implícito na atividade a ser realizada. Um tempo onde *não existe passado nem futuro*: tal como uma criança a brincar, que não experiência a passagem do tempo. É neste tempo que submergimos completamente quando estamos concentrados ou absorvidos numa determinada atividade - a sensação de passagem do tempo desaparece numa performance fluida e desimpedida. Segundo Fuchs, este tempo que surge “antes da reflexão”, implicando a existência de duas condições: a *continuidade da consciência pré-reflexiva* e a *conação do tempo*.

A primeira condição, relacionada com a *continuidade da consciência pré-reflexiva*, está implicada numa *síntese intencional do tempo* alicerçada na *teoria da continuidade da consciência de Husserl*, onde se sustenta que a mera sucessão de momentos conscientes não é suficiente a uma experiência de continuidade, sendo necessária uma *relação intencional e temporal* baseada numa síntese transcendental de três componentes: *protensão, apresentação e retenção*. Na nossa perspetiva, haveria aqui que acrescentar os limites desta abordagem, tal como são sugeridas pela noção merleau-pontyana de *arco intencional*. Deixaremos para já, este ponto, recordando apenas a nossa leitura feita anteriormente. A *apresentação* consiste na *impressão primária* que surge à medida que a experiência se desenrola a cada momento; a *retenção* refere-se à manutenção da consciência do que foi já experienciado à medida que desaparece e a *protensão* representa a antecipação aberta às experiências que vêm depois; *que estão para acontecer*.<sup>191</sup> Estes fenómenos são relacionáveis e

---

<sup>190</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 75-104.

<sup>191</sup> Thomas Fuchs, “The Experience of Time and Its Disorders”, in: *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (Oxford: Oxford University Press, 2019), 432.

inspirados em conceitos *merleau-pontyanos* como o *tempo vertical*, em que o presente experienciado contém em si um pouco de passado e um pouco de futuro, que constituem nesse conjunto o próprio presente. A este propósito, e fazendo uma distinção com fenômenos relacionados com memórias autobiográficas prévias ou planejamento consciente de acontecimentos futuros, Fuchs recorda-nos que “*estas dimensões fazem parte do presente experienciado, não devendo ser confundidas com a simples recoleção de eventos ou expectativa futura de determinados acontecimentos*”<sup>192</sup>.

A segunda condição implica um componente motivacional, que Fuchs designa por *conação do tempo*, caracterizando o *momentum* energético, a tensão afetiva que movimenta o *arco intencional* em direção ao futuro. É aqui que a inspiração merleau-pontyana começa a ser operante. A conação é menos relacionada com um componente cognitivo, referindo-se sobretudo a uma dimensão dinâmica e afetiva do *tempo vivido* – um *aspecto conativo-afetivo da temporalidade*<sup>193</sup>, funcionando como a raiz da espontaneidade, da direção afetiva, fomentando a atenção e a procura de objetivos e de todos aspectos centrais da vida psíquica. A importância deste “componente afetivo” na alimentação da experiência do tempo no indivíduo saudável, relacionado *temporalmente* com o mundo, é particularmente demonstrável e observável nos estados patológicos, pautados por uma redução significativa no estado motivacional, dos quais é exemplo a depressão.

Fuchs recorda-nos, como Merleau-Ponty já o havia demonstrado, que uma dimensão implícita da temporalidade não é possível sem uma dimensão corporal - relacionada a um corpo, também ele, *vivido*.<sup>194</sup> Um corpo que, tal como o tempo, é aberto a *protensões e possibilidades*. Neste ponto, é possível compreender as influências da noção merleau-pontyana de “*arco intencional*” no pensamento de Fuchs - um arco que é baseado em aspectos de *temporalidade implícita*, recuperando-se aqui o *componente cognitivo* da síntese temporal e o *componente afetivo-conativo* necessário à realização de um ato ou busca de um objetivo – mas que é, maioritariamente, um arco em que a direção da atenção e da atividade em direção a um objetivo, é *corporalmente mediada*. É principalmente através das capacidades e hábitos corporais que perseguimos os nossos objetivos e realizamos as nossas atividades - através de sequências temporais que nos são familiares. Como escreve Martin Wyllie: “O tempo vivido está conectado com a experiência do sujeito humano *embodied*, como sendo levado e dirigido para o mundo em termos de uma potencialidade e capacidade corporal”<sup>195</sup>.

---

<sup>192</sup> Fuchs, *The Experience of Time*, 432.

<sup>193</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 4.

<sup>194</sup> Fuchs, *The Experience of Time*, 421-439.

<sup>195</sup> Martin Wyllie, “Lived Time and Psychopathology”, in, *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 2006, 173.

### 3.3. Temporalidade explícita

O *tempo experienciado ou explícito* designa um tempo reflexivo, construído ativa e conscientemente pelo indivíduo. Segundo Fuchs, este surge em momentos em que indivíduo ganha consciência da existência do tempo e da sua passagem - emoções, surpresa, luto, impaciência ou negação do tempo implícito por uma sensação de vazio, de tempo não preenchido, criam este *tempo experienciado*. Surge um espaço entre o plano e a execução, o desejo e a concretização, a presença e a perda<sup>196</sup>: se o espaço surgir *entre o presente e o passado*, gera-se uma sensação de “nunca mais”<sup>197</sup> e o tempo é sentido como algo que se move mais devagar, separando-nos daquilo que estamos a sentir falta; por outro lado, se esse espaço surgir *entre o presente e o futuro*, surge a sensação do “ainda não”<sup>198</sup>, o que “está para vir”<sup>199</sup>. O que permeia a sensação de perda de um objeto ou uma espera incessante de um futuro que não chega é a experiência de uma temporalidade que se apresenta separada do presente. Não estamos mais envolvidos e imersos nas nossas atividades, o tempo torna-se consciente e explícito, como uma *negação do tempo vivido* - uma negação que, em determinados estados patológicos, pode gerar um tempo que se torna um peso; “*um poder independente e inexorável que nos domina*”<sup>200</sup>.

Através da interrupção do tempo vivido pelo tempo experienciado, o tempo torna-se consciente, e assim se cria o *tempo pessoal, histórico e autobiográfico*. O tempo explícito é assim constituído pelos três componentes de *passado, presente e futuro*. Estes componentes, estão intrinsecamente ligados à experiência de determinadas emoções: o “*agora*”<sup>201</sup>, associado a surpresa ou choque; o “*nunca mais*” associado a arrependimento, luto ou remorso; e por fim o “*ainda não*”, associado a desejo, impaciência ou esperança. Tal como como a *retenção, protensão e apresentação* relacionadas com o tempo implícito, também o tempo explícito, nas suas dimensões de *passado, presente e futuro*, necessita de uma certa forma de síntese. Aqui, não estamos já a falar de um *processo passivo de síntese a um nível transcendental*, mas sim uma síntese que é realizada ativamente pelo sujeito. É o *eu pessoal e narrativo* que vai juntar estas três partes, e vai fazê-lo através de um processo contínuo de criação e modificação de uma *história autobiográfica coerente*. Este “eu pessoal”<sup>202</sup> é

<sup>196</sup> Fuchs, The Experience of Time, 433.

<sup>197</sup> Fuchs, The Experience of Time, 433.

<sup>198</sup> Fuchs, The Experience of Time, 433.

<sup>199</sup> Fuchs, The Experience of Time, 433.

<sup>200</sup> Fuchs, The Experience of Time, 433.

<sup>201</sup> Fuchs, The Experience of Time, 433.

<sup>202</sup> Na terminologia heideggeriana, o “eu pessoal” pode ser considerado como uma unidade dialética de “*thrownness*” (*Geworfenheit*) e “*project*” (*Entwurf*) ou como “*thrown project*” (*geworfener Entwurf*). O ser realiza-se no tempo, tal como escreve Theunissen: “a vivência do tempo e a efetivação do eu são dois aspetos do mesmo processo” (in, Michael Theunissen, *Negative Theologie der Zeit*, (Frankfurt am Main:

capaz de se apropriar da sua vida experienciada como uma entidade narrativa e de se projetar a si próprio no futuro, com base no que já experienciou até à data.

A distinção entre o *tempo implícito* e *explícito* surge próximo da distinção entre o *corpo subjetivamente vivido* e o *corpo objetivo ou “corporal”* - um primeiro termo que se refere ao corpo funcionando de um modo tácito, como o meio das ações do dia-a-dia e um segundo termo referindo-se ao corpo enquanto objeto da atenção. *Um corpo que é temporal e um tempo que é, também ele, corporal*, considerações que nos remetem para o corpo, que em Merleau-Ponty, é o meio através do qual o ser se estrutura numa relação temporalmente mediada com o mundo. De facto, a temporalidade implícita e a performance tácita do corpo constituem-se como dimensões entrelaçadas, considerações que são reforçadas por Fuchs: “O tempo vivido pode ser considerado como uma função do corpo vivido, aberto pelas suas potencialidades e capacidades”<sup>203</sup>. Quando mais estamos envolvidos nas nossas atividades, mais nos esquecemos do tempo, tal como do corpo; por outro lado, na temporalidade explícita, o corpo aparece comumente no seu modo “corporal” ou *explícito*, de que são exemplo as situações de doença. Perde-se a *dimensão conativa do corpo*, como resultado, a imaginação da pessoa doente, a sensação do *possível* falha na geração de objetivos ou planos futuros, deixando o *eu* confinado a um estado presente de *restrição corporal pura*: “a pessoa deprimida não consegue mais transcender o seu corpo, nem no espaço nem no tempo”<sup>204</sup>.

Fuchs usa o termo “*transparência do corpo*”<sup>205</sup>, referindo-se ao corpo enquanto um objeto sólido e material que é capaz de transformar a “matéria em mente”<sup>206</sup> permitindo o aparecimento do mundo. Através de múltiplas assimilações, interações sensoriomotoras e os seus processos internos, o corpo torna-se *transparente*<sup>207</sup> para o mundo e permite-nos atuar através dele – *um corpo que é transparente para o mundo e para os outros, ao mesmo tempo servindo como um meio para a nossa atividade intencional*. Esta transparência pode estar diminuída e afetada em algumas perturbações psiquiátricas, levando a fenómenos descritos como “*reificação*”<sup>208</sup> e *corporalização do corpo vivido*,

---

Suhrkamp, 1991). Ao viver ativamente o tempo e avançando na vida “temporalizamo-nos” e ao mesmo tempo impedimos o “tempo explícito” de nos dominar, de modo a não lhe sermos expostos passivamente.

<sup>203</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 6.

<sup>204</sup> Fuchs, *Corporealized and Disembodied Minds*, 99.

<sup>205</sup> Fuchs, *Corporealized and Disembodied Minds*, 95

<sup>206</sup> Fuchs, *Corporealized and Disembodied Minds*, 95.

<sup>207</sup> O conceito de “*transparência do corpo*” é inclusivamente relacionado com os processos de formação de memórias. Esta estrutura transparente não é apenas uma propriedade inata do corpo, mas sim uma estrutura que se desenvolve e altera constantemente ao longo do tempo, tendo vindo a ser explorada em relação com os processos de memória de procedimentos ou “implícita” [relacionada com a capacidade de saber executar determinadas tarefas de um modo “inconsciente”]. Através de repetição e prática, inicia-se uma “implicação” em que os elementos individuais de movimento e percepção, se juntam e formam estruturas “unificadas” – tal como um pianista que incorpora o seu instrumento, que passa a viver neste como um membro, habitando o espaço que a sua expressividade musical abre, sem prestar qualquer atenção aos movimentos realizados. Este conhecimento implícito corresponde à “síntese passiva” de Husserl ou à “intencionalidade operativa” de Merleau-Ponty, como uma cadeia de elementos conectados, que carregam o arco intencional da percepção e da ação (Fuchs, *Corporealized and Disembodied Minds*, 97).

<sup>208</sup> A *reificação e corporalização do corpo*, significando a experiência do corpo como um objetivo físico, semelhante a um cadáver, permitem compreender os fenómenos que estão na base das alterações observadas nos estados depressivos graves, como é exemplo o delírio de tipo hipocondríaco. A pessoa deprimida está frequentemente preocupada com alterações nas funções corporais ou possíveis doenças, permitindo deste modo compreender a fenomenologia dos delírios hipocondríacos, frequentemente relacionados com restrição ou encolhimento do

das quais é exemplo a melancolia<sup>209</sup>. O corpo é indissociável do tempo, e uma compreensão do *vivido* em todas as suas dimensões implicaria necessariamente uma profunda reflexão no corpo enquanto vivido; tal como nas suas complexas relações com a dimensão temporal – “um espaço e um tempo que separam e reúnem, que sustentam toda a coesão”<sup>210</sup>. Contudo, tal investigação suplantaria largamente os limites que se impõem à presente dissertação, servindo deste modo de substrato a trabalhos futuros.

### 3.4. Temporalidade intersubjetiva

Por fim, Fuchs define o *tempo intersubjetivo*, que designa uma relação de sincronização entre o tempo pessoal e o tempo do mundo, que se traduz num sentimento de estar em sintonia com o mundo dos outros e em relação com os processos sociais, culturais e biológicos, ao qual Minkowski chamou de “sincronização vivida”<sup>211</sup>, e que Merleau-Ponty fundava ainda numa relação corporal com o mundo. Um mundo que é mais do que um espaço que contém a nossa existência, mas sim, a esfera em que as nossas vidas se desenrolam enquanto seres ativos e com propósito: seres que pensam sobre o mundo, que lhe respondem emocional e imaginativamente, que agem sobre ele, e que se constituem como seres nesta relação dinâmica – *uma dança com o mundo onde a vivência se funda, e o ser, enquanto ser-no-mundo, nasce*. A experiência humana é desenvolvida num diálogo constante com o mundo, mundo esse onde se incluem os outros membros da sociedade. O diálogo com o mundo é necessariamente um diálogo com os outros sujeitos sobre esse mundo que todos partilhamos – “um tempo que não é senão malha do sensível, e no qual seres diferentes e exteriores um ao outro podem, no entanto, estar absolutamente juntos e ser verdadeiramente simultâneos”<sup>212</sup>. Ao conceptualizar uma temporalidade intersubjetiva em que o *eu* se constitui numa dimensão relacional, Fuchs define dois estados de relação entre o eu e o mundo: a *sincronização* e a *dessincronização*.

Um *tempo implícito ou vivido* implica a existência de uma sincronia entre o eu e o mundo; uma *sincronização* entre o tempo pessoal e o tempo do mundo, que está associado a um sentimento de bem-estar e a uma ausência de consciência da passagem do tempo. Neste estado as interações sociais

---

corpo, que podem ser experienciados como decadência corporal ou mesmo morte. Nesses estados de despersonalização extrema, o efeito de mediação do corpo vivido é totalmente perdido, “deixando um mundo morto para trás” (Fuchs, *Corporealized and Disembodied Minds*, 100).

<sup>209</sup> Na melancolia, o corpo perde a sua leveza, fluidez e mobilidade, deixando de funcionar como um “meio” e passando a representar um corpo sólido que gera resistência às intenções e impulsos do sujeito. Assim, o fenómeno de corporalização significa que o corpo não dá mais o acesso ao mundo, mas passa a estar entre o mundo e o sujeito, funcionando como um obstáculo. Este processo não se deve apenas a fenómenos de lentificação psicomotora, mas sim, a uma afetação da *dimensão conativa do corpo* (Fuchs, *Corporealized and Disembodied Minds*, 99).

<sup>210</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 43.

<sup>211</sup> Minkowski, *Lived Time*, 293.

<sup>212</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 43.

são caracterizadas por uma *intercorporalidade*, uma contínua *sincronização* entre a comunicação emocional e corporal que parte de um *senso comum ou social implícito* – uma sincronia que implica a sensação tácita de estar *temporalmente ligado aos outros*. Não se fala, portanto, de um tempo tal como este é experienciado enquanto entidade metafísica, mas sim, como uma certa temporalização da nossa existência, que resulta da nossa relação com os ritmos e processos nos quais a vida está fundada desde o início.

A um nível *explícito*, o tempo intersubjetivo pode manifestar-se em várias formas de coordenação social, onde a sincronia tende a ser estabelecida *deliberadamente ou por convenção*. Apesar de estarmos poucas vezes conscientes desta “*contemporaneidade básica*”<sup>213</sup>, um olhar atento demonstra de que modo a mesma se torna evidente em várias formas de coordenação social: *as rotinas diárias e semanais, os horários de trabalho e de serviços, o agendamento de reuniões, a pontualidade*. Uma sincronização temporal vai também marcar as alterações e desenvolvimento das várias fases da vida - importantes transições, tais como: *a entrada na escola, o início de um trabalho, o casamento, a reforma* – são estandardizadas em critérios temporais e, deste modo, ligadas entre vários indivíduos de uma mesma cultura, contribuindo para a sua história específica, valores, estilos de vida e modos de comportamento. Esta “*contemporaneidade básica*” afeta o próprio movimento da vida, tendo sido inclusivamente observada e estudada por alguns psicólogos aos longo dos tempos. Rene Spitz<sup>214</sup> (1887-1974) e John Bowlby<sup>215</sup> (1907-1990) descobriram que crianças institucionalizadas, impedidas de quaisquer relações afetivas, sofriam frequentemente de apatia profunda e depressão, podendo inclusivamente falecer devido a pequenas infeções.<sup>216</sup> O *momentum conativo*, não representa uma força individual, mas está sim completamente envolvido e dependente das relações sociais com os outros. As crianças movem-se em direção a um futuro promissor, porque se sentem contemporâneas a adultos que as cuidam e que estruturam o mundo como um espaço convidativo. Contudo, esta coordenação temporal não é estável, passando frequentemente por fases de *dessincronização*, em que o tempo da pessoa e do mundo se separam e correm a diferentes velocidades. Neste contexto, são distinguidos três estados principais na relação entre o eu e os processos sociais externos [mundo]: *sincronia, retardamento ou aceleração*.

A *sincronia intersubjetiva* é caracterizada pela experiência de um “*agora*” partilhado entre o eu e os outros, um sentimento que é exemplificado e se concentra no termo usado diariamente por todos nós: “*hoje*”<sup>217</sup> – um termo que se insere uma situação partilhada pré-reflexivamente na ordem

---

<sup>213</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 8.

<sup>214</sup> Rene Spitz (1887-1974), foi um psicanalista austríaco-americano, conhecido pelas suas contribuições na psicologia do ego, nomeadamente na definição dos princípios organizadores do desenvolvimento psicológico da criança.

<sup>215</sup> John Bowlby (1907-1990), foi um psicólogo, psiquiatra e psicanalista britânico, cujo interesse no desenvolvimento infantil se concretizou no desenvolvimento da sua “teoria do apego”.

<sup>216</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 8.

<sup>217</sup> Fuchs, *The Experience of Time*, 434.

explícita e externa do tempo, significando *o dia* tal como este existe para o mundo, partilhado por todos nós e que permite o alinhamento do tempo implícito com o tempo do mundo, sendo a base de todas as formas de coordenação temporal explícitas. A *dessincronização*, por outro lado, pode resultar de situações de *retardamento ou aceleração* do tempo pessoal em relação ao tempo do mundo.

A *aceleração* do tempo pessoal em relação aos processos externos – “*demasiado cedo*”<sup>218</sup> – é experienciado em situações de espera ou de tédio<sup>219</sup>, enfatizando a discrepância entre a motivação ou interesse pessoal e a falta de estímulo ou possibilidades externas. A impaciência ou agitação, resultante de uma contínua *aceleração do tempo pessoal*, pode culminar em *episódios maníacos* nos casos patológicos. Em contraste, pode surgir um *retardamento ou desaceleração* do tempo pessoal em relação ao tempo do mundo – “*demasiado tarde*”<sup>220</sup>. Ao contrário de situações de espera, este pode surgir em situações de “*pressão do tempo*”, resultando de uma necessidade de compensação por um qualquer atraso. São exemplo: *as situações de doença* – refletindo uma desaceleração, a perda de capacidade de realizar determinadas ações e uma exclusão parcial da vida dos outros; *o luto*<sup>221</sup> – a experiência de uma perda de sincronia com o outro, o indivíduo em processo de luto “*não consegue libertar-se de um passado partilhado, enquanto o tempo social continua a avançar*”<sup>222</sup>; e por fim, *a culpa* – apresentando uma estrutura de retardamento em que a pessoa se “*prende*” a omissões do passado.

Os processos de sincronização, para além do importante envolvimento na vida enquanto dinâmica psicossocial, caracterizam também a vida a um nível biológico - os conceitos de *sincronização e dessincronização* são, inclusivamente, referidos e derivados da cronobiologia e do estudo das perturbações dos ritmos biológicos, dos quais são exemplo o ciclo de sono-vigília ou as variações diurnas na secreção hormonal – “*contadores de tempo*”<sup>223</sup> exógenos e endógenos que estão intimamente relacionados com a experiência primordial do tempo como *algo dirigido ao futuro*. A um nível psicossocial, várias formas de sincronização são evidentes na relação do indivíduo com o seu meio social. O contacto diário com os outros implica uma constante “*afinação*” de comunicações emocionais e corporais, uma espécie de “*dança*”, um constante “*bailado de almas*”<sup>224</sup> como relembra Pio Abreu. A

---

<sup>218</sup> Fuchs, The Experience of Time, 435.

<sup>219</sup> Minkowski, *Lived Time*, 14: Minkowski exemplifica as características da desaceleração do tempo vivido com os períodos que passava nas trincheiras da guerra: “*Sucumbíamos ao tédio e à monotonia da sucessão dos dias (...) obviamente um fenómeno temporal que penetrava o nosso ser como uma massa viscosa, ameaçando reduzi-la a nada*”.

<sup>220</sup> Fuchs, T., The Experience of Time, 435.

<sup>221</sup> Na sua obra “*Fenomenologia da Percepção*”, Merleau-Ponty faz uma comparação do luto com o *desajustamento perturbador* de um membro que se sabe já passado [o membro amputado e o mundo que lhe correspondia] e que o corpo habitual “*obriga*” a viver no presente, (in, Umbelino, *Filosofia do corpo*, 154). Tal como na depressão, o corpo habitual agarra-se a um tempo estabelecido no passado, contudo, projetado no futuro. Devemos reconhecer, um senso do mundo que é constituído numa troca entre o mundo e a nossa existência *embodied*.

<sup>222</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 9.

<sup>223</sup> Thomas Fuchs, “*Melancholia as a Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time*”, in, *Psychopathology*, 34, 2001, 180.

<sup>224</sup> Pio Abreu, *O bailado da alma*, 9.

sincronização está presente desde o nascimento, em que a comunicação entre a mãe e o recém-nascido se opera por interações rítmicas e melódicas, num processo que foi apelidado de “afinação afetiva”<sup>225</sup>. Vários processos de sincronização social são realizados por todos nós, enraizados nos hábitos do dia-a-dia e construídos com recurso a uma temporalidade cronológica; os ritmos sociais influenciam inclusivamente os ritmos biológicos, que são moldados por estes, e que em conjunto criam uma estrutura artificial de tempo que funciona como base de estruturação da sociedade. O próprio desenvolvimento biográfico, marcado por vários eventos que se espera “socialmente” que ocorram dentro de determinada idade – o início da escola e da faculdade, a evolução da carreira, a idade de reforma – se torna fortemente influenciado por “sincronizações” que se observam inclusivamente a um nível cultural, sendo exemplo disso a moda, as atitudes ou os valores, que no seu conjunto criam a sensação de estar “temporalmente ligado” a uma determinada sociedade, conferindo uma sensação de pertença.

A contemporaneidade e a simultaneidade que caracterizam a relação entre o indivíduo e o mundo são frequentemente interrompidos por experiências de “dessincronização” – situações que requerem uma adaptação a “condições externas”: compensação de atrasos ou tentativas de realizar avanços em patamares biográficos. A perda ou a culpa transportam consigo o tempo do “nunca mais”<sup>226</sup>, um tempo que carrega um passado que não é possível recuperar – a perda de um tempo comum que continua a avançar enquanto o indivíduo permanece “preso” em algo que experienciou ou fez. Através de vários processos<sup>227</sup> - descritos por Thomas Fuchs no seu artigo “*Melancholia as a Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time*” - o indivíduo é capaz de voltar de novo a conectar-se à sua temporalidade intersubjetiva, capacidade que é essencial à formação das memórias autobiográficas que vão estar na base da própria noção de self. Quando estes mecanismos e processos funcionam, a dessincronização torna-se um estímulo necessário para o desenvolvimento pessoal, contudo, a falha destes, está na base de situações de dessincronização constante, permitindo a compreensão de estados patológicos, como será abordado mais à frente neste trabalho.

A temporalidade intersubjetiva pode ser considerada como um arranjo relacional entre o indivíduo e os processos sociais, caracterizado por *sincronizações e dessincronizações*. Enquanto o

---

<sup>225</sup> Daniel N. Stern, *The Interpersonal World of the Infant*, (New York: Basic Books, 1985), 156.

<sup>226</sup> Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 181.

<sup>227</sup> No seu artigo “*Melancholia as a Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time*”, Thomas Fuchs descreve os vários processos que estão na base de uma “ressincronização intersubjetiva”: *Esquecimento e repressão* - a lembrança liga-nos ao passado, as falhas e a culpa existem na esfera da temporalidade através da sua inscrição na memória. A ligação da memória à culpa e à dor tinha já sido considerada por Nietzsche – “Apenas o que não pára de doer permanece na memória” – tendo sido o primeiro a considerar o esquecimento, não como uma perda, mas como uma capacidade positiva de inibição – “não existe presente sem o esquecimento” (in, Friedrich Nietzsche, *Zur Genealogie der Moral*, (Berlin: De Gruyter, 1968), 311); *Sono e sonho* - o sono representa não apenas uma regeneração fisiológica, mas um instrumento essencial de ressincronização, de esquecimento e de finalização; *Remorso e luto* - o remorso não é apenas dirigido a uma compensação social, mas representa um processo interno de “chegar a termos” com a culpa. O processo de luto, de igual modo, permite o corte de laços emocionais que já não correspondem ao presente; *Crises* - as crises surgem como reações agudas a uma dessincronização – alterações de papel, orientação ou vinculação – cuja ressincronização exige um “período de pausa” que permite a criação de uma nova homeostasia (in, Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 182).



*tempo implícito ou vivido* é essencialmente associado com a sincronia, o *tempo explícito ou experienciado* surge particularmente em estados de dessincronização. Um tempo que se pode tornar dominador, irreversível, um tempo nos passa a “olhar de fora” e passa a ser experienciado principalmente na relação com os outros – a *dessincronização do tempo intersubjetivo*. As alterações circunscritas à temporalidade, nomeadamente as distorções ao nível da temporalidade subjetiva, com fragmentação da experiência do self no tempo e ao nível da temporalidade intersubjetiva, culminando numa dessincronização do indivíduo em relação ao mundo, estão na base da compreensão da psicopatologia de várias doenças psiquiátricas, onde estão incluídas a Esquizofrenia, os estados maníacos da Doença Bipolar e a Perturbação Depressiva, à qual nos iremos dedicar de seguida.



## CAPÍTULO 4

### A EXPERIÊNCIA DO TEMPO NA DEPRESSÃO

#### 4.1. O Tempo e a depressão

A relação entre o tempo e a depressão tem sido observada e estudada desde os primórdios da psiquiatria, sendo a vivência da temporalidade considerada um dos aspetos centrais da perturbação depressiva e a sua compreensão essencial para uma correta abordagem clínica e humana do doente deprimido. Os sintomas e a vivência da depressão são indissociáveis da experiência do tempo - *a experiência do tempo é a própria depressão*.

A *Perturbação Sazonal do Humor*, descrita inicialmente em 1984 por Rosenthal e seus colaboradores<sup>228</sup>, é um exemplo da relação estreita entre o tempo e a depressão, tendo sido descrita por estes autores como um quadro de sintomas depressivos recorrentes com início em meses de Outono e Inverno, estando a sua ocorrência associada a países onde os dias de Inverno se tornavam mais curtos. Tendo como base uma dessincronização em relação às outras pessoas, à sociedade e ao mundo, a depressão é cada vez mais concebida como uma *doença dos ritmos*.<sup>229</sup> Os seus sintomas espelham estas considerações, sendo caracterizada pela desregulação do ritmo de sono, por uma *variação típica ou atípica do humor*<sup>230</sup> consoante a sua variação ao longo do dia e ainda pela perda dos impulsos alimentares e sexuais.<sup>231</sup>

---

<sup>228</sup> Norman E. Rosenthal, "Seasonal Affective Disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy", in, *Archives of General Psychiatry*, 41, 1, 1984, 72-80.

<sup>229</sup> Pio Abreu, *O bailado da alma*, 54.

<sup>230</sup> As variações *típica ou atípica do humor* são caracterizadas de acordo com a variabilidade do humor ao longo do dia, estando associadas a diferentes subtipos clínicos de depressão. A *variação típica do humor* é representada por um agravamento do humor no período matinal, com uma melhoria progressiva ao longo do dia, estando associado à *depressão melancólica*; por outro lado, a *variação atípica do humor* é caracterizada por um agravamento do humor ao longo do dia, com maior intensidade no período vespertino, estando associada à *depressão reativa*.

<sup>231</sup> Pio Abreu, *O bailado da alma*, 54.

As perturbações da experiência temporal são consideradas as perturbações fundacionais das doenças afetivas, apesar de estas se manifestarem também na experiência corporal, espacial e intersubjetiva.<sup>232</sup> Ao contrário de alterações que são descritas em perturbações como a Esquizofrenia, a *síntese e a continuidade da consciência interna do tempo* permanece sempre intacta; sendo a *dinâmica conativa* o que está geralmente reduzido ou exagerado nas Perturbações Afetivas, onde se incluem a *Perturbação Depressiva e a Perturbação Afetiva Bipolar*<sup>233</sup>. Nestas, está alterada a tensão afetiva que alimenta o *arco intencional: aumentada nos estados maníacos e diminuída nos estados depressivos*. Ao contrário da *fragmentação do tempo vivido*, descrito em patologias como a Esquizofrenia, as perturbações afetivas apresentam uma *desaceleração ou aceleração do tempo vivido*. Estas diferenças observadas nos estados patológicos permitem ilustrar e fundamentar as estruturas que estão subjacentes *ao tempo enquanto vivido em indivíduos sem doença: a síntese transcendental* - significando a sequenciação e a estruturação temporal da consciência e a *dinâmica conativa* - que representa a dinâmica afetiva e vital que alimenta o arco intencional e permite a estruturação da consciência no tempo.

#### 4.2. A vivência do tempo no doente deprimido

Pretende-se neste ponto, realizar uma investigação fenomenológica da experiência do tempo, em particular, no doente deprimido; uma investigação que, partindo de Thomas Fuchs, será dividida em dois componentes: *o componente conativo-afetivo e a perda da sincronização*. O primeiro refere-se a uma redução da tensão afetiva que alimenta o *arco intencional* - no doente melancólico gera-se uma perda de motivação, de apetite, de libido, interesse e atenção, levando a uma *inibição psicomotora* e a uma *desaceleração do tempo vivido*; também observável num aumento de *rigidez e reificação do corpo vivido*, com sensação de exaustão, opressão e ansiedade generalizada.<sup>234</sup> O segundo componente, refere-se a uma *perda da sincronização intersubjetiva* - surge a perda da ressonância corporal das emoções que é necessária à *intercorporalidade*, resultando numa diminuição da

---

<sup>232</sup> Thomas Fuchs, "The Life-world of Persons with Mood Disorders", in: *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, (Oxford: Oxford University Press, 2019), 617.

<sup>233</sup> As *Perturbações Afetivas*, incluem, de um modo simplificado, a *Perturbação Depressiva e a Perturbação Afetiva Bipolar*. A *Perturbação Depressiva Unipolar*, representa a patologia a que nos dedicamos neste trabalho, designando o termo científico utilizado em substituição de termos como *depressão e melancolia*, sendo caracterizada pela ocorrência de um ou mais episódios caracterizados por sintomas depressivos. A *Perturbação Afetiva Bipolar*, representa uma perturbação psiquiátrica que, apesar de poder incluir episódios depressivos, é essencialmente caracterizada por uma variação patológica do humor entre episódios depressivos e episódios maníacos. O episódio maníaco, é caracterizado por um quadro sintomático "oposto" ao episódio depressivo, em que o indivíduo, tomado por uma alegria e sensação de grandiosidade "excessivas" [representando o humor elevado e as ideias de grandiosidade] embarca em múltiplas atividades pouco refletidas, incluindo gastos excessivos; às quais se acrescentam uma diminuição da necessidade de sono, desinibição social e aumento do débito do discurso, constituído uma alteração significativa do funcionamento do indivíduo, muitas vezes com necessidade de internamento. Os estados maníacos são também considerados e observados a partir de uma perspectiva temporal por vários autores, incluindo *Thomas Fuchs*, contudo, tal exploração suplanta os objetivos do presente trabalho.

<sup>234</sup> Thomas Fuchs, "The Experience of Time and Its Disorders", in: *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, (Oxford: Oxford University Press, 2019), 617.621.

capacidade de comunicação expressiva e de relação empática com os outros. Assim, na depressão, a falha da *dinâmica conativa-afetiva* é acompanhada pela perda da *contemporaneidade basal*, levando a uma *dessincronização social*.<sup>235</sup> Nas próximas páginas, sob uma perspectiva de investigação fenomenológica, iremos detalhar as alterações da temporalidade associadas à depressão, procurando deste modo, tanto quanto possível, compreender a vivência do tempo na depressão, tal como este é experienciado pela pessoa doente.

#### 4.2.1. Perturbação da conação-afetividade

O *tempo vivido*, conforme previamente mencionado, inclui, segundo Minkowski uma dimensão de direção e significação do futuro, segundo Merleau-Ponty um aspeto dinâmico de orientação para o mundo e segundo Thomas Fuchs, um componente conativo, que se encontra alterado na patologia depressiva. No doente deprimido observa-se uma *perturbação da conação-afetividade*, com inibição da vitalidade e da motivação, lentificação psicomotora e exaustão – contribuindo para uma *desaceleração do tempo vivido*. Perde-se a tensão afetiva que alimenta o *arco intencional* e observa-se uma ausência de abertura para o futuro, uma perda de esperança nos projetos e ações que rodeiam o indivíduo. Surge uma desaceleração sensoriomotora, com diminuição da habilidade para se mover no mundo, tal como uma inabilidade para ser emocionalmente afetado por ele; reduzem-se os impulsos, o apetite e a libido, culminando numa perda de objetivos e de plano de vida – *o indivíduo assiste a uma degradação do seu próprio mundo*. As alterações circunscritas à *dinâmica conativa-afetiva* estão na base dos fenómenos de *dessincronização intersubjetiva* - dirigidos ao ambiente e ao futuro.

Estas alterações, que se compreendem e se descrevem através de uma lente de cariz temporal, podem também ter o seu correlato a nível corporal, que Merleau-Ponty desvendou com a noção de *vivido*. A *perturbação da conação-afetividade* afeta também o corpo, em particular a sua função de mediação – observa-se uma *rigidez progressiva e uma lentificação do corpo vivido* que se traduz numa sensação de peso, exaustão, opressão e constrição geral<sup>236</sup> - esta estagnação das funções corporais vai dar origem ao que é designado por *reificação ou corporalização do corpo vivido*; um fenómeno em que o corpo deixa de representar um meio de relação com o mundo, mas sim um obstáculo. Estes fenómenos circunscritos a uma dimensão corporal ocorrem em conexão com a desaceleração temporal, formando a base para *a convergência do corpo vivido e do tempo vivido na dinâmica*

---

<sup>235</sup> Fuchs, *The Experience of Time*, 437.

<sup>236</sup> Fuchs, *The Life-world*, 621.

*conativa primária da vida*.<sup>237</sup> Tal como referido por Fuchs, na depressão melancólica severa, em vez de ser “transparente”<sup>238</sup>, o corpo pode recuperar a sua “materialidade”, tornando-se eminentemente “objetivo”; um obstáculo - um fenómeno que designa por *corporalização do corpo vivido*<sup>239</sup>. A relação do sujeito com o mundo fica privada da sua imediaticidade corporal, levando a uma *alienação do eu em relação à sociedade e ao mundo*.

Na perturbação depressiva, o tempo implícito, inconsciente e dirigido ao momento presente é inibido. O tempo torna-se “demasiado” explícito, assaltando a consciência da pessoa que sofre. A passagem do tempo torna-se um sofrimento, um peso que se carrega. O imbricamento das dimensões do tempo bloqueia-se e a mistura deixa de funcionar: uma das dimensões como que se torna solitária. Dir-se-ia que o tempo aparece como um “objeto” e não como um “vivido”. Um tempo excessivamente explícito, excessivamente experimentado como “coisa”, que pesa, e que está particularmente associado a uma dessincronização intersubjetiva: “Com uma progressiva dessincronização, o ‘nunca mais’ e o ‘demasiado tarde’ tornam-se cada vez mais dominantes, o tempo explícito é experienciado como um fardo e um sofrimento”<sup>240</sup>. Em casos de maior gravidade, “(...) o tempo emerge explicitamente e na sua forma reificada, em particular, uma reificação do passado e do futuro. Não mais capaz de viver o tempo ativamente, o indivíduo melancólico sucumbe, sem forças, ao seu domínio”<sup>241</sup>.

Uma das perturbações da experiência temporal mais associadas à melancolia, e que se encontra intimamente relacionada com a *perturbação da conação-afetividade* é descrita como a *desaceleração do tempo vivido ou implícito*, tal como esta foi definida por Thomas Fuchs.<sup>242</sup> O indivíduo melancólico vive num tempo arrastado; um tempo que flui mais lentamente; que demora a passar. Os intervalos de tempo são sentidos como maiores em relação a um tempo da sociedade, que não espera. A este propósito, Sylvia Plath, que faleceu tragicamente por suicídio em 1963, escreve na primeira pessoa: “Tive a impressão de que naquele momento não era noite nem dia, mas antes o lúgubre terceiro intervalo que se intrometera entre ambos e parecia não terminar”<sup>243</sup>. A vivência temporal do indivíduo é dessincronizada em relação ao tempo do mundo, o que se traduz numa incapacidade de cumprir as suas obrigações e atividades sociais, conduzindo ao isolamento - *uma dessincronização intersubjetiva, que tem como base a desaceleração do tempo vivido*.

---

<sup>237</sup> Fuchs, *The Life-world*, 621.

<sup>238</sup> Conceito de “transparência do corpo” (ver nota de rodapé 207).

<sup>239</sup> Thomas Fuchs, “The Phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression”, in, *Journal of Phenomenological Psychology*, 33, 2002, 236.

<sup>240</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 23. Recorde-se, a propósito da consideração do tempo como um fardo, um exemplo de um paciente com esquizofrenia, que disparou um tiro de um revólver sobre o seu relógio para matar o tempo, que considerava o seu pior inimigo, (in, Minkowski, *Lived Time*, 15).

<sup>241</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 26.

<sup>242</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 9.

<sup>243</sup> Sylvia Platt, *The Bell Jar*, (London: Faber and Faber Ltd., 2009), 47.

A *desaceleração do tempo vivido* exprime-se por uma sensação de “demasiado tarde”, um tempo que é, em regra, experienciado pelo próprio como doloroso. O “demasiado tarde” que representa um “ser deixado para trás” - ao tempo vivido desacelerado contrapõem-se um tempo do mundo e dos outros que não para - processos que estão na base da *dessincronização intersubjetiva*. Estas considerações permitem-nos compreender a *perturbação depressiva* sob uma perspetiva temporal: representando uma desaceleração temporal, uma perda da capacidade de agir e assim, uma exclusão parcial da vida dos outros. O *luto* representa igualmente uma quebra numa sincronia temporal previamente experienciada com os outros: o indivíduo em processo de luto não consegue separar-se de um passado partilhado com a pessoa que faleceu, enquanto o tempo social continua a avançar. A *culpa*, sentimento globalmente associado aos quadros clínicos de depressão melancólica, pode ser conceptualizado por uma perturbação do tempo vivido – “na melancolia, o tempo é continuamente transformado (...) em culpa que não pode ser descartada”<sup>244</sup> – um sentimento exacerbado que rapidamente se torna um sintoma, e que é representado por uma falha do indivíduo em atingir expectativas ou obrigações, podendo converter-se igualmente numa estrutura de *desaceleração ou retardamento* se o indivíduo for incapaz de se libertar das omissões do passado.

A temporalidade do doente deprimido é interrompida - *o futuro perde-se e o agora é substituído por um passado irreversível*. Perde-se um dos aspetos do fluxo temporal: *a antecipação e a atualização das possibilidades futuras*. No doente melancólico, o futuro já não é uma possibilidade; a experiência habita no passado, nos atos fixos e estagnados; o futuro aparece como algo que oprime e ameaça. Neste nevoeiro melancólico, o futuro não oferece esperança de recuperação, tudo o que existe é a paralisação do momento presente - um passado imerso de culpa que invade o presente. *O presente passa a ser vivido como um passado irreversível e um futuro inevitável*. Com o desaparecimento do tempo à sua frente, a pessoa fica enclausurada num tempo do qual não consegue sair. Tal como o *membro-fantasma*, que “produz uma estranha positividade: a presença de uma ausência, ou seja, a experiência no presente de um membro que, digamos assim, já é passado”<sup>245</sup>. Um tempo que deixa de ser vivido pelo indivíduo, mas que passa a dominá-lo. O indivíduo deprimido sente-se *preso* num passado do qual não se consegue libertar. Esta vivência é descrita por Paula Rego no documentário realizado pelo seu filho, Nick Willing, numa altura em que vários quadros, pintados durante um período em que o artista sofreu de depressão, foram revelados:

---

<sup>244</sup> Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 180.

<sup>245</sup> Umbelino, *Filosofia do corpo*, 139.

“[Nick Willing] Quando estás deprimida sentes-te como se estivesses atada?

[Paula Rego] Sim, como se estivesses preso, e agarraste a coisas que te fazem ficar mais preso. Como ela [mulher pintada no quadro de Paula Rego] está a agarrar esta coisa castanha, vês?”<sup>246</sup>

Na melancolia, *o eu não se consegue inserir no tempo*. Tal como escreve Minkowski, “Na estrutura dos delírios melancólicos (..) a personalidade não se insere no tempo. O futuro é barrado enquanto o paciente experiencia a eminência da punição e da morte; o passado torna-se insuportável através de ideias de culpa e o presente, encurralado entre as falhas do passado e a expiação do futuro, é reduzido a nada”<sup>247</sup>. Em “*Le Temps Vécu*”, descreve uma paciente angustiada, dominada por um evento futuro que vem na sua direção<sup>248</sup>. Para além da melancolia, semelhantes alterações na vivência do tempo podem ser descritas em outras perturbações psiquiátricas. Minkowski, referindo-se a uma doente esquizofrénica num artigo de 1975, “*Les Regrets Morbides*”<sup>249</sup>, descreve uma pessoa que mostra constantemente arrependimentos com o passado, que, de certo modo, vive no passado; o futuro não existe para ela, mas apenas o passado, que aparece no seu presente sob a forma de arrependimentos. Neste exemplo, observa-se uma desintegração da personalidade com a perda de noção da duração do tempo, onde Minkowski introduz o termo de “*hiperplasia do passado*”<sup>250</sup>.

#### 4.2.2. Dessincronização intersubjetiva

Podemos pensar o que fica dito, algo sugerido por Tellenbach<sup>251</sup>, como uma dessincronização entre o indivíduo e o ambiente, que se relaciona com uma incapacidade do indivíduo de “*voltar a sincronizar*” o seu tempo com o tempo de uma sociedade “*que não espera*”, ou seja, quando os

<sup>246</sup> Paula Rego, *Secrets & Stories*, Dir. Nick Willing, Kishmet Films for the BBC. 2017.

<sup>247</sup> Minkowski, *Du symptôme au trouble générateur*, 110.

<sup>248</sup> Minkowski, *Lived Time*, 304.

<sup>249</sup> Eugène Minkowski, “*Les Regrets Morbides: Contribution à l’étude des attitudes schizophréniques*”, in, *Annales médico-psychologiques*, 83, 2, 1925, 358.

<sup>250</sup> Vaz, *Schizophrenia, Minkowski & Bergsonism*, 153.

<sup>251</sup> Em 1980, Tellenbach descreve um traço de personalidade que apelidava de “*Tipo Melancólico*” - marcado por traços de conscienciosidade, rigidez, sobreadaptação a normas sociais e tendência a uma maior dependência nas relações interpessoais – tendo sido descrito por este como um dos subtipos de personalidade pré-mórbida mais comuns em doentes com Depressão Major, (in, Fuchs, *The Lifeworld*, 619). Uma marcada obediência a normas sociais era descrita como central na definição da identidade destes indivíduos, sendo o progresso e a transitoriedade da vida vistos como uma *ameaça existencial*. Tellenbach caracterizou os precipitantes dos estados depressivos em indivíduos com estes traços de personalidade de um *ponto vista temporal*, nomeadamente através das noções de *remanência* – um atraso relativo aos deveres ou necessidades a serem cumpridas, e de *inclusão* – fixação rígida de ordens ou relações estabelecidas, sendo o indivíduo incapaz de transcender uma identidade própria que se revelava limitada. Estas considerações forneceram uma possível compreensão das alterações na temporalidade de indivíduos com traços de personalidade de “*tipo melancólico*”, nomeadamente: uma sensação estar “*preso no passado*” – traduzindo uma incapacidade de abandonar determinados papéis familiares ou relacionamentos – e de “*dessincronização*” – incapaz de se libertar do passado, o indivíduo “*atrasa-se*” em relação ao tempo partilhado, o tempo da sociedade. A perturbação depressiva pode ser compreendida como uma *situação limite* em que todas estas alterações excedem a capacidade do indivíduo de lidar com as mesmas, de se adaptar ou mudar (in, Tellenbach, *Melancholy*, 120-153).



*processos de ressincronização*<sup>252</sup> não se revelam suficientes para a gestão de uma determinada falha ou perda. Tal como descrito por Tellenbach, a constelação típica associada ao precipitar da melancolia, que este chama de “*remanência*”, é caracterizada por uma sensação de incapacidade de sincronia por parte do indivíduo melancólico face à velocidade das alterações externas.<sup>253</sup> A incapacidade de “lidar” com as alterações externas e as ações necessárias ao reajustamento temporal, que se tornam demasiado ameaçadoras e dolorosas, transportam o indivíduo numa espiral de isolamento, indecisão e culpa – os processos essenciais e necessários para uma ressincronização são perdidos.<sup>254</sup>

Independentemente das características ou traços de personalidade dos indivíduos, quando nos referimos a uma *dessincronização intersubjetiva*, é necessário ter em conta o mundo em que nos inserimos. Thomas Fuchs propõe que a melancolia resulta primariamente de uma dessincronização, procurando demonstrá-lo em vários níveis: o paralelo entre os resultados investigacionais da cronobiologia; a possibilidade de compreensão da psicopatologia e dos precipitantes do episódio depressivo como uma perturbação temporal e as alterações recentes do foco atencional do indivíduo na sua relação com o tempo social.<sup>255</sup> Estas considerações são particularmente relevantes na atualidade, considerando o progressivo acelerar do progresso tecnológico e das exigências laborais na sociedade ocidental – considerações que nos poderão levar a questionar se a perturbação é primariamente proveniente do indivíduo, ou se, por outro lado, provêm de um tempo social cada vez mais acelerado.

As condições sociais do mundo moderno, numa sociedade cada vez *mais acelerada*, com um enfoque progressivo na performance, no melhoramento das características pessoais e no sucesso profissional, favorecem a *remanência* dos indivíduos, que se sentem constantemente “atrasados” em relação a um tempo do mundo *sempre acelerado*. Estas alterações estão na base do que hoje é designado de *Síndrome de Burn-Out*<sup>256</sup>: os esforços do indivíduo no sentido de um contínuo *acelerar*, com vista ao cumprimento das exigências de uma sociedade também ela *acelerada*, levam a uma exaustão dos recursos psíquicos e corporais. Desenvolve-se uma dessincronização progressiva, ligada a uma sensação de despersonalização, que, em última instância culmina na depressão.

---

<sup>252</sup> Referente aos processos de ressincronização descritos por Thomas Fuchs: *Esquecimento e repressão; Sono e sonho; Remorso e culpa; Crise*. [Ver nota de rodapé 308]

<sup>253</sup> Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 183.

<sup>254</sup> Estas considerações permitem-nos compreender as características pré-mórbidas de indivíduos de “tipo melancólico”, que se caracterizam por uma evicção de quaisquer discrepâncias em relação ao ambiente, procurando uma contínua ressonância com o mundo externo que se expressa em: obediência, adequação social, pontualidade e rigor na realização das suas atividades. Contudo, a menor capacidade de “lidar” com a dessincronização inibe a sua maturação pessoal e tornando-o mais vulnerável às inevitáveis quebras autobiográficas e alterações de papel.

<sup>255</sup> Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 180.

<sup>256</sup> O *Síndrome de Burn-Out* é caracterizado por uma espiral de demanda excessiva e aumento de exaustão física e psíquica. É caracterizado numa fase inicial por uma extensão do tempo e esforço de trabalho, com o intuito de acompanhar as exigências externas, para posteriormente levar a uma perda da estrutura diária e dos ritmos biológicos. O indivíduo em *Burn-Out* vai experienciar ineficácia nas suas atividades, com frustração, vazio interior e exaustão, podendo atingir um ponto de quebra e levar à instalação de um quadro depressivo major.

Tal como referido previamente, o luto surge como um exemplo da dessincronização intersubjetiva. No seu artigo intitulado de “*O Luto e a Melancolia*”<sup>257</sup>, Sigmund Freud descreve as reações humanas à perda, distinguindo a melancolia do luto: “no luto sabemos qual o objeto perdido que gera a nossa tristeza, na melancolia não sabemos qual o objeto da tristeza, temos de o procurar, é a própria personalidade” - com base neste trabalho de Freud, o comportamentalista Ramsey descreveu os *componentes da reação de pesar*<sup>258</sup>. Nas situações em que o luto não resolve no tempo habitual ou em que esse estado permanece durante um tempo excessivo, gerando disfuncionalidade significativa nas várias esferas da vida da pessoa afetada, podemos falar de *luto patológico*. Nestes casos, a persistência da pessoa na *fase de negação ou de culpa*, impede-a de avançar para as fases seguintes e chegar a uma *eventual integração*.<sup>259</sup>

Na depressão, tal como é descrito por Thomas Fuchs, as alterações da *temporalidade intersubjetiva* são compreendidas como um “*desencaixe*”<sup>260</sup> entre o tempo da pessoa e o tempo do mundo, uma dessincronização que se observa em dois níveis: *fisiológico e psicológico*. Da *dessincronização ao nível fisiológico* são exemplos as perturbações neuro-endócrinas e do padrão de sono-vigília, tal como a perda de *drive*, de apetite ou libido e por fim, os fenómenos descritos de *depressão sazonal* - sendo observada uma dessincronização em relação ao período do ano. A dessincronização é também observável numa *dimensão psicossocial*: um destacamento em relação ao *tempo intersubjetivo*, pautado por uma sensação de *remanência*. Com a inibição progressiva do *tempo vivido*, o movimento básico da vida chega rapidamente à *estagnação* – o indivíduo melancólico vive num outro tempo, um tempo *pegajoso e demorado*, no entanto o tempo do mundo [*intersubjetivo*] continua a avançar e passa por ele. O destacamento em relação ao *tempo intersubjetivo* e a perda da *protensividade* leva ao *bloqueio do futuro* – a pessoa já não consegue transcender o passado. Estas considerações têm uma importância significativa na compreensão e gestão clínica do doente deprimido, permitindo obter uma perspetiva mais aproximada da gravidade dos quadros clínicos: “Não é a intensidade, mas sim a irrevocabilidade, a principal característica da depressão melancólica”<sup>261</sup>.

---

<sup>257</sup> Sigmund Freud, *Trauer Und Melancholie*, in: Gesamelt Werke, (London: Imago Publishing Co. Ltd., 1917/1949).

<sup>258</sup> Os componentes da reação de pesar (*grief reaction*), incluem: o choque, a negação, a depressão, a culpa, a ansiedade, a agressividade e a reintegração. A primeira fase, o choque, implica as mais fortes reações emocionais, resultando de uma confrontação direta com a perda. A segunda fase é representada pela negação do sucedido, sendo esta a fase cuja persistência transforma um luto normal num luto patológico. A depressão resulta de um vazio sentido pela perda, que agora já não se pode iludir, podendo ser acompanhada por sentimentos de culpa. Ultrapassando os sentimentos de culpa, que procuram a causa da perda em si próprio, esta causa pode passar para os outros, para os quais se dirige a agressividade, que funciona como instrumento de libertação de uma dependência psicológica, (in, R. W. Ramsey, “Behavioural approaches to bereavement”, in, *Behavioural Research and Therapy*, 5, 1977, 131-135).

<sup>259</sup> Pio Abreu, *Elementos de Psicopatologia Explicativa*, 200-202.

<sup>260</sup> Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 180.

<sup>261</sup> Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 184.

A *dessincronização intersubjetiva* define-se como uma separação ou um “desencontrar” numa relação temporal entre o organismo e o ambiente, ou entre o indivíduo e a sociedade<sup>262</sup>. Estar dessincronizado dos outros e do ambiente corresponde ao sofrimento intenso que está na base da depressão melancólica, podendo culminar numa tendência para o suicídio, a sua consequência mais grave e temida.<sup>263</sup> A depressão melancólica é principalmente representada por uma *dessincronização psicológica* - inicialmente como uma *inibição da vitalidade*, procede para incluir a *base conativa da experiência* e também a *noção e afeto básico de si próprio*; a *desaceleração do tempo vivido* resultante, vai reforçar uma contínua separação e isolamento em relação ao ambiente social. Subsequentemente, o tempo emerge explicitamente e de uma forma reificada, em particular como uma *reificação do passado e do futuro*. Incapaz de viver o tempo ativamente, o melancólico sucumbe ao seu domínio. Assim, na depressão melancólica, a perturbação da *temporalidade intersubjetiva*, relacional, está ligada a uma perturbação da ordem dimensional do tempo, contudo, ambas se encontram numa *perturbação conativa fundamental*.

Enquanto os *fenómenos de dessincronização* se referem sobretudo ao *presente intersubjetivo*, outras alterações observadas ao nível da temporalidade no doente deprimido incluem também *as dimensões de passado e futuro*. Sendo a *conação* a componente responsável pelo impulso que *move o arco intencional em direção ao futuro*, a sua redução vai tornar o futuro um campo de possibilidades restritas: *o futuro é deste modo bloqueado, passando a representar uma passagem do tempo “vazia”, que avança de um modo irreversível em direção à morte*. O futuro perde a suas características de abertura, possibilidade e expectativa, tornando-se um processo *mecânico* que leva a um fim inevitável e que já é conhecido desde o passado, um futuro que se torna aquilo que Thomas Fuchs, baseando-se em descrições dos seus pacientes, chamou de *“futuro perfeito”*<sup>264</sup> – *um futuro certo, já definido e irreversível; cujo único destino possível é representado num evento temido [ruína, castigo ou a morte], que o indivíduo tem a certeza que vai acontecer*.

Não só a vivência do futuro, mas também do passado, pode estar alterada em doentes com depressão. Estando o progresso para o futuro bloqueado, o indivíduo é incapaz de “deixar para trás” as experiências do passado, que se congelam no presente e o passam a dominar; um passado que se *presentifica* sob a forma de dolorosos sentimentos de ruína e de culpa. Erros cometidos há muito tempo atrás, são experienciados como tendo sido realizados recentemente, um paradoxo que é

---

<sup>262</sup> Na melancolia, o corpo *corporalizado* e congelado perde a sua capacidade de ressonância emocional, sendo a despersonalização afetiva um dos sintomas presentes nos casos de depressão mais grave, em que os doentes se sentem apáticos e destacados das suas emoções e do seu ambiente, (in, Fuchs, Corporealized and Disembodied Minds, 100).

<sup>263</sup> Pio Abreu, *O bailado da alma*, 55.

<sup>264</sup> Fuchs, *The Life-world*, 624.

referido por Bin Kimura como o “*pretérito perfeito em continuação*”<sup>265</sup> – *um passado que não está efetivamente terminado, que poderá nunca mais ser esquecido e tornar-se uma facticidade acumulada no presente.*

As alterações na vivência do tempo do doente deprimido permitem-nos assim compreender os estados de maior gravidade associados à perturbação depressiva. Estados em que um passado congelado pelo peso da culpa e da omissão pode chegar à *reificação*, tornando-se uma facticidade irreversível e um futuro inevitável. A dessincronização intersubjetiva, já observável nas alterações previamente descritas, pode atingir o seu extremo. O delírio melancólico é a “marca da perda da intersubjetividade”<sup>266</sup> observada na perturbação depressiva: “o outro é separado por um abismo, e não pode nunca mais ser alcançado”<sup>267</sup>. Com o aumento da inibição, o movimento básico da vida pode atingir um ponto de paragem - incapaz de viver o tempo, a vida deixa de se desenrolar no fluxo temporal, o doente deprimido sucumbe à sua dominância mecânica, restando apenas, tal como Minkowski sublinhou, a contagem de momento objetivos, numa tentativa de criação de uma forma mecânica de movimento – “Esta progressão, ou esta ilusão de progressão, vem substituir a progressiva de perda de dinamismo”<sup>268</sup>. No seu extremo podemos observar uma dessincronização completa entre o indivíduo e o mundo, com *perda do sentido da realidade*. O passado e o presente foram finalmente fixados, congelados num presente de culpa irreversível e num *futuro perfeito*<sup>269</sup> de ruína, declínio e morte certas. A dessincronização completa é marcada com a transição para o delírio melancólico, em que o retorno a um tempo intersubjetivo se tornou inimaginável, sendo o total destacamento descrito como uma sensação de “ter morrido”<sup>270</sup>. Neste contexto, é frequentemente observado na prática clínica, o surgimento de sintomas psicóticos sob a forma de ideação delirante: *o delírio de culpa ou de ruína*, em que a pessoa está absolutamente certa de ter perdido todas as suas posses e direitos no mundo, ou ser o culpado de toda as desgraças ao seu redor, contra qualquer argumentação ou confrontação com a realidade, encontrando-se de certo modo “*preso no passado*”. Um estado ainda mais grave é por vezes observado, que surge sob a forma do chamado *Delírio Nihilista* ou *Delírio de Cotard*<sup>271</sup>, em referência ao psiquiatra que o descreveu – neste, em que se observa uma perda total do

---

<sup>265</sup> Fuchs, *The Life-world*, 624. Kimura Bin (1931-), é um psiquiatra japonês que combinou uma abordagem fenomenológica à psiquiatria com conceitos tradicionais japoneses, tendo focado o seu trabalho, em particular, na esquizofrenia, (in, James Phillips, “Kimura Bin”, in: *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, (Oxford: Oxford University Press, 2019), 148).

<sup>266</sup> Fuchs, *Corporealized and Disembodied Minds*, 100.

<sup>267</sup> Fuchs, *Corporealized and Disembodied Minds*, 100.

<sup>268</sup> Minkowski, *Lived Time*, 299.

<sup>269</sup> Fuchs, *The Life-world*, 623.

<sup>270</sup> Destaca-se a auto-descrição de Kuiper: “(...) O que se parece como vida normal não é. Estava no outro lado. E agora percebi qual tinha sido a causa da morte [da minha esposa] ... eu tinha morrido, mas Deus removeu esse evento da minha consciência ... Uma punição mais dura é dificilmente imaginável” (in, Piet Kuiper, *Seelenfinsternis: Die Depression eines Psychiaters*, (Frankfurt: Fisher, 1991), 136).

<sup>271</sup> No seu artigo de 1880, intitulado de, “*Du Délire Hypochondriaque Dans une Forme Grave de la Mélancolie Anxieuse*”, Jules Cotard descreve o caso de uma mulher de 48 anos que acreditava que não tinha cérebro, nervos, peito ou estômago. Dois anos mais tarde introduz o termo “*Délire de Négations*”, designando uma atitude negativa, em que o doente tem uma tendência para negar tudo, que, levada ao

contacto com a realidade, o doente perde a flexibilidade de perspectiva que pressupõe a existência de um futuro aberto e indeterminado, passando a ser totalmente definido pela sua condição presente. Não existe tempo partilhado entre a pessoa e o mundo, a pessoa vive uma eternidade negativa, podendo considerar que não tem órgãos ou mesmo negar a sua própria existência.

#### 4.3. O doente deprimido: um encontro entre a medicina e a filosofia

Thomas Fuchs, referindo-se à temporalidade e à análise da experiência do tempo, escreve: “Não existe outro campo em que o diálogo entre a psiquiatria e a filosofia tenha sido tão intenso e frutífero”<sup>272</sup>. A fenomenologia apresenta-se como um idioma filosófico de raízes profundamente humanas, um método de investigação da vivência, cujos conceitos e dimensões traduzem, não meros conceitos ou constructos abstratos, mas sim, a experiência de *ser-no-mundo* tal como ela é – um método filosófico que pretende aproximar-se, o mais possível, da real experiência da existência humana. Um método de investigação que, hoje, mais do que nunca, nos permite avançar na direção de uma compreensão e aproximação progressiva ao outro, e, numa aplicação direta à prática médica psiquiátrica, de uma aproximação ao outro *doente*.

A medicina e a filosofia, tal como sugerido por Fuchs, são saberes que se entrelaçam, cuja separação é impossível e prejudicial a ambas. Fuchs, Minkowski e Merleau-Ponty – a par de muitos outros autores, pondo os livros de lado, basearam as suas investigações na melhor fonte de informação e profundidade conceptual que conhecemos - *a pessoa*. Ao carácter objetivo da ciência, necessário a uma standardização que permita a investigação e aplicação prática e rápida das suas conclusões, junta-se uma inevitável falha, ao mostrar-se incapaz de atingir os planos mais profundos da existência; um saber fenomenológico que nada exclui ou retira da ciência, mas que torna a filosofia um aliado essencial, num caminho em direção a uma maior compreensão do mundo e do ser humano.

Partindo de uma temática que se funda na patologia médica, sob o mote da psiquiatria – *uma investigação de olhar fenomenológico para a depressão enquanto experiência* - pretende-se neste momento - *vindos da filosofia, retornar à medicina*. Pretende-se demonstrar que, mais do que conceitos teóricos, o que aqui se traz à discussão lida com *a mais profunda vivência do ser humano* – *uma filosofia que nasceu e nunca se deve separar da escuta atenta do outro*. Retornando à medicina, e em particular, à psiquiatria, pretende-se, através da análise de excertos escritos por vários autores, registando as recolha das vivências subjetivas dos seus pacientes por meio de uma escuta ativa dos

---

extremo pode levar o doente a negar sua própria existência ou do mundo. A partir de 1893, com Emil Régis, este quadro clínico passou a ser designado por *Síndrome de Cotard*, (in, Correia, *As raízes do sintoma e da perturbação mental*, 155-156).

<sup>272</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 2.

mesmos, uma fundamentação necessária e urgente da filosofia enquanto ciência humana que deve caminhar junto dos assuntos relevantes do dia-a-dia, e que se pretende próximo da pessoa, do doente e da medicina.

Através do relato de um paciente da sua clínica, Minkowski permite-nos compreender com maior detalhe o fenómeno previamente descrito da *desaceleração do tempo vivido*, mas também a *dessincronização intersubjetiva* em que esta resulta, através do destacamento temporal entre o indivíduo e o mundo – que se espelha uma *sensação de afastamento do tempo*, em que este perde a sua relevância e significância:

“Continuo a viver na eternidade, não existem mais horas, dias ou noites. Lá fora as coisas continuam (...) gostava de viver como antes e ser capaz de correr interiormente com elas, para que o tempo voltasse a passar”.<sup>273</sup>

O indivíduo, *perdendo a noção de continuidade do tempo* vai “*ficando para trás*” em relação a um tempo da sociedade “*que não para*”; incapaz de acompanhar o tempo da sociedade, perde a sensação de “*encaixe*” necessária à própria noção de passagem do tempo, fenómenos que culminam numa *dessincronização intersubjetiva entre o eu e o mundo*. O psiquiatra inglês Femi Oyebode, que se dedica ao estudo da psicopatologia e da vivência dos vários sintomas associados às perturbações psiquiátricas, recuperou um testemunho de um paciente com depressão de Lewis (1967)<sup>274</sup>, onde é descrita a *desaceleração do tempo vivido*.

“Tudo parece muito mais longo. Eu deveria ter dito que é fim da tarde apesar de eles dizerem que é meio-dia. Eles dizem-me sempre que é mais cedo do que eu penso (...) e parece que estou errado, mas não consigo deixar de sentir que estou certo (...) não consigo ver o fim de nada, apenas o fim do mundo”.<sup>275</sup>

O paciente descreve a sensação do tempo como “*mais demorado*”, um tempo mais lento, cuja passagem rapidamente se torna explicitamente dolorosa. Neste, é ainda possível observar o modo como esta *desaceleração do tempo vivido* serve de substrato a uma *dessincronização* entre o indivíduo e o mundo, para, por fim, culminar numa *perda do futuro* – *incapaz de conceber um futuro possível, a pessoa deprimida torna-se incapaz de “ver o fim de nada”*<sup>276</sup>, sendo a *única visão de futuro “o fim do*

---

<sup>273</sup> Minkowski, *Lived Time*, 285.

<sup>274</sup> A. Lewis, “The Experience of Time In Mental Disorder”, in: *Inquiries in Psychiatry*, (London: Routledge and Kegan Paul, 1967), 3-15.

<sup>275</sup> Oyebode, *Sims’*, 74.

<sup>276</sup> Oyebode, *Sims’*, 74.

*mundo*<sup>277</sup>. Veja-se também a descrição do psiquiatra holandês Piet Kuiper, referindo-se ao seu próprio estado depressivo; onde o *tempo vivido como um peso de culpa irreversível e opressiva* é descrito na primeira pessoa:

“O que aconteceu não pode ser revertido. Não apenas coisas que passam: as oportunidades também desaparecem sem serem usadas (...) A verdadeira essência do tempo é a culpa irremediável (...) O tempo torna-se para mim um peso opressivo (...) O mais profundo abismo em que caio é o pensamento de que nem Deus consegue ajudar-me, já que Ele não consegue reverter o que já aconteceu”.<sup>278</sup>

Na depressão melancólica, o tempo torna-se explícito em tal medida que passa a constituir um peso constante de culpa e omissão, um tempo *reificado* ao ponto de se tornar uma facticidade irreversível do passado por um lado, e por outro, um futuro irremediável e predeterminado:

“O facto de as sinfonias terem um fim assustava-me. O modo como uma peça musical se move em direção ao seu fim em concordância com uma lógica interna, e ainda se acelera em direção a esse fim numa sequência irreversível – esse era o curso da minha vida, e o que aconteceu no passado é inalterável, irrevogável”.<sup>279</sup>

A inibição do tempo vivido não é apenas uma experiência individual, mas sim uma experiência de relação dinâmica entre o eu e os outros, cuja vivência implica uma *dessincronização intersubjetiva* relacionada com um tempo social que não espera, tal como é descrito por um paciente entrevistado por Thomas Fuchs na sua clínica:

“O meu relógio interior parece estar parado, enquanto os relógios dos outros continuam. Em tudo o que faço sou incapaz de avançar, como se estivesse paralisado. Fico para trás em relação a todas as minhas obrigações. Estou a roubar tempo.”<sup>280</sup>

Na tentativa de se manter a par dos seus eventos e obrigações, o indivíduo deprimido acaba por falhar os mesmos, e assim, reforça um sentimento de *remanência*, resultando num progressivo aumento do “desacoplamento” entre o tempo do próprio e o tempo do mundo – um agravamento e reforço contínuo, ao qual se podem juntar a perda *da ressonância intercorporal e da capacidade de*

---

<sup>277</sup> Oyeboode, *Sims'*, 74.

<sup>278</sup> Kuiper, *Seelenfinsternis*, 168.

<sup>279</sup> Kuiper, *Seelenfinsternis*, 165, 162.

<sup>280</sup> Fuchs, *The Life-world*, 622.

*sincronização afetiva*, culminando numa total separação entre o indivíduo e o mundo. Instala-se um estado de profundo desinteresse e apatia, sendo a morte a única consequência esperada:

“Estou apenas à espera do dia em que tudo vai chegar ao fim – mais um dia sem qualquer significado, apenas mais um passo em direção à morte”<sup>281</sup>.

A falha dos mecanismos de ressincronização descritos por Thomas Fuchs estão na base da dessincronização subjacente aos estados melancólicos. Uma dessincronização que se observa em várias dimensões, incluindo *uma dimensão fisiológica* que se opera através da desregulação dos ritmos de sono-vigília, com frequentes episódios de insónia. Uma tortura constante de não ser capaz de “desligar” de um pensamento ruminativo, de esquecer, de ser constantemente forçado a lembrar e assim, ser incapaz de chegar ao presente.

“Tudo passa pela minha cabeça uma e outra vez, e eu tenho sempre de pensar se fiz as coisas bem. Não consigo dormir à noite porque os meus pensamentos ficam no dia passado e durante a manhã tudo volta para mim envolvido em terror”<sup>282</sup>.

Estas experiências de desaceleração e dessincronização, em estados de maior gravidade, podem culminar num quadro sintomático de ideação delirante, um estado psicótico de culpa insanável e morte imediata, que constitui o que na prática clínica veio a ser chamado de *Delírio Niilista ou de Cotard*. No sentido de ilustrar estas considerações, transcrevem-se dois exemplos de doentes internados em serviços de psiquiatria com esse mesmo diagnóstico. Um primeiro, a partir de uma descrição de J. L. Pio Abreu de um doente internado no Hospital Universitário de Coimbra com o diagnóstico de depressão com sintomas psicóticos e um segundo descrito por Thomas Fuchs, respetivamente:

“Não posso comer porque o estômago já não digere comida, as tripas já não funcionam, estão paradas e não dão volta nenhuma (..) Sinto o coração a bater e mais nada (..) os pulmões estão podres. A morte já está ao pé de mim”<sup>283</sup>.

---

<sup>281</sup> Descrição de um paciente da clínica de Thomas Fuchs (in, Fuchs, *The Life-world*, 623.)

<sup>282</sup> Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 183.

<sup>283</sup> José Luís Pio Abreu, *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*, (Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002), 245.



“Uma paciente de 65 anos estava convencida de que o seu corpo, o seu estômago e as suas entranhas tinham contraído tanto que não existiam mais cavidades no seu corpo. O seu corpo tinha sido completamente ressecado, ela já não era capaz de sentir nada. O seu ambiente também lhe parecia vazio e remoto. Finalmente ela disse que todos os seus familiares estavam mortos, que ela estava sozinha no mundo e que deveria continuar a viver no seu corpo morto para toda a eternidade”<sup>284</sup>.

No delírio niilista, a dessincronização atinge o seu extremo, resultando numa perda de contacto com a realidade e a criação de dois mundos paralelos. O *corpo reificado* é a experiência na sua dimensão corporal, como apenas um corpo, desprovido de vida, e os outros, tal como o corpo, estão mortos. O tempo vivido partilhado, a *contemporaneidade básica*, deixa de existir e é substituída por um tempo congelado, que Fuchs designa por “eternidade negativa”<sup>285</sup>.

Também a partir do meio *objetificante* da ciência se tem observado o tempo. As alterações da vivência da temporalidade e a sua investigação à luz da fenomenologia, para além dos evidentes correlatos e benefícios para uma prática que se quer *o mais humana possível*, têm sido observadas e demonstradas por meio de experiências científicas. Vários trabalhos de investigação científica<sup>286</sup> têm documentado e “tentado” medir de um modo objetivo as alterações da experiência do tempo em indivíduos diagnosticados com perturbação depressiva - os indivíduos que sofrem de depressão experienciam um “esticar” do tempo, ou seja, estimam um determinado intervalo de tempo como mais longo do que o tempo cronológico medido e socialmente constituído. Por outro lado, mais recentemente, numa meta-análise realizada por Thones e Oberfeld<sup>287</sup>, não foram reportadas diferenças significativas em tarefas de perceção temporal em doentes com depressão e controlos sem patologia, reportando-se, contudo, diferenças significativas na perceção *subjéctiva* do tempo entre os grupos. Estes achados, a par das investigações fenomenológicas que têm vindo a ser exploradas ao longo dos últimos parágrafos, reforçam uma necessidade premente da *inclusão do subjéctivo no percurso eminentemente objetivante que caracteriza a ciência moderna*.

---

<sup>284</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 25.

<sup>285</sup> Fuchs, *Temporality and Psychopathology*, 26. Neste exemplo é possível observar o modo como a depressão, cujas alterações primárias e iniciais se revelam num espectro eminentemente temporal, se relacionam com uma dimensão de corporalidade indistinguível desta. Recordemos a este propósito as concepções de tempo em Merleau-Ponty, um tempo que só é tempo quando inscrito sobre um corpo que também ele é vivido. Na perturbação depressiva, ocorre um bloqueio do tempo que se inscreve sobre o corpo, e que se torna, também este, imóvel. Um tempo que previamente passava livremente pelo corpo, tem a sua “passagem bloqueada” – a experiência da depressão que congela o tempo no corpo, servindo deste modo de substrato a ideias delirantes de teor hipocondríaco. O que se passa na mente repercute-se no corpo, mente e corpo são dois lados de uma dimensão corporal vivida.

<sup>286</sup> São exemplos destes trabalhos, as investigações de: P. Bech, “Depression: influence on time estimation and time experience”, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 51, 1975, 42-50; T. Kitamura, *et al*, “Time passes slowly for patients with depressive state”, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65, 1982, 415-420 e K. Munzel, *et al*, “Time estimation of depressive patients: the influence of the interval content”, in *European Archives of Psychiatric and Neurological Sciences*, 237, 1988, 171-178.

<sup>287</sup> Sven Thones, Daniel Oberfeld, “Time Perception in Depression: A Meta-Analysis”, in *Journal of Affective Disorders*, 175, 2015, 359-372.

Ao longo dos últimos anos, o “humano” tem sido progressivamente perdido na psiquiatria, preocupação que foi frequentemente lembrada por Minkowski: “A abordagem objetiva da psiquiatria é insuficiente e só nos permite analisar a doença mental isolando artificialmente cada característica uma da outra, e às quais se confere a sua própria realidade autónoma”<sup>288</sup> – preocupações que continuam relevantes na atualidade. Ao longo da sua obra, também Merleau-Ponty esboçou frequentemente um receio quanto a um percurso *objetificante*, e, na sua visão, bastante insuficiente e incompleto da ciência: “a ciência clássica é uma forma de percepção que perde a ligação às suas origens (espelhadas na fenomenologia da percepção) e acredita estar completa”<sup>289</sup>.

Segundo Merleau-Ponty, a fenomenologia consiste em “reaprender a olhar para mundo”<sup>290</sup>. Numa crítica a um certo “egocentrismo” da ciência, Merleau-Ponty insiste que devemos usar a fenomenologia como um modo de *reaprender a olhar o mundo além de uma visão objetivista* – uma visão derivada dos impulsos que deram origem à ciência, de um mundo que existe inteiramente independente de nós próprios, que foi apelidada por Thomas Nagel como “a visão de lado nenhum”<sup>291</sup>. Com estas considerações, não se pretende de modo nenhum apresentar uma oposição ou um descrédito ao método científico, ao qual Merleau-Ponty igualmente não se opunha, a sua crítica prende-se com a ideia de que uma visão *objetificante* não representa uma visão completa e autossuficiente da realidade - a visão científica não pode ser autossuficiente, pois depende para a sua própria significação de uma visão prévia da realidade, os seus conceitos obtêm o seu significado da nossa experiência pré-reflexiva do mundo enquanto participantes nele – como escreve Eric Matthews, a “visão de lado nenhum” é uma abstração baseada nas nossas várias “visões de algum lado”<sup>292</sup>.

A crítica de Merleau-Ponty dirige-se a uma tendência global da cultura ocidental em atribuir uma significância exagerada a visões “científicas” ou “objetivas” da realidade. A ciência, inspirada por uma visão empirista da realidade, considera a percepção apenas como um conhecimento em relação a um mundo que existe independentemente do ser. Abordando a percepção através de uma lente *objetificante*, esta torna-se um efeito da atividade causal gerada por objetos externos de existência independente dos órgãos sensoriais. Por outro lado, uma fenomenologia da percepção, pondo de parte uma investigação causal da percepção enquanto um fenómeno fisiológico objetivo, procura voltar “*mais atrás*”, começando pela nossa própria experiência subjetiva de sermos seres que percebem. Mais um vez, não se trata de ignorar a importância de uma *visão objetiva*, que serve o seu propósito ao possibilitar e simplificar a investigação científica – tal como Eric Matthews recorda: “(...) é verdade que é possível tratar as percepções como estas sendo objetos como quaisquer outros, mas nós não teríamos

---

<sup>288</sup> Urfer-Parnas, Eugène Minkowski, 109.

<sup>289</sup> Eric Matthews, *The Philosophy of Merleau-Ponty*, (Montreal & Kingston: McGill-Queen’s University Press, 2002), 59.

<sup>290</sup> Matthews, *The Philosophy of Merleau-Ponty*, 41.

<sup>291</sup> Thomas Nagel, *The View From Nowhere*, (Oxford: Oxford University Press, 1986).

<sup>292</sup> Matthews, *The Philosophy of Merleau-Ponty*, 45.

sequer a noção de uma percepção se não tivéssemos a experiência da percepção em primeira pessoa – a não ser que perceber não seja um objeto que nós contemplamos, mas o nosso próprio envolvimento no mundo”<sup>293</sup> – considerações que estão base do conceito merleau-pontyano de *ser-no-mundo*. A relação entre o “sujeito” que percebe e o “objeto” percebido, ao contrário de uma relação externa, deve ser visto como uma *relação puramente interna* – o mundo é apenas um “mundo”, apenas se puder ser percebido como tal e essa “percepção”, tal como Merleau-Ponty a definiu, apenas é possível a partir de uma relação com esse próprio mundo - uma interação *em duas direções* da qual emerge uma estrutura de significação.

A comunidade científica e a maioria da população ocidental, toma por garantido que a ciência oferece uma visão fundamental de como as coisas são e funcionam, e que a subjetividade da percepção comum, pode, de algum modo ser resumida e explicada na base de uma exploração objetiva. A fenomenologia de Merleau-Ponty vem oferecer-nos uma clara indicação de que esta visão, bastante comum nos dias de hoje, será, no mínimo, insuficiente para uma descrição global do mundo e do ser humano. É apenas pelo facto de existirmos no mundo como seres *embodied*<sup>294</sup> e interagirmos com ele a um nível pré-reflexivo, que somos capazes de, através da reflexão, o concebermos enquanto independente das nossas percepções, como um “mundo objetivo”, completamente determinado. Este conceito é exemplificado por Merleau-Ponty em *“Fenomenologia da Percepção”*: “(...) é apenas pelo facto de termos experienciado o campo, no qual explorámos florestas, prados e rios, que somos capazes de fazer algum sentido de um mapa geográfico, em que todos estes locais estão reduzidos a símbolos abstratos”<sup>295</sup>. Uma objetividade e um determinismo, que é útil e necessário ao avanço do conhecimento científico, mas que não deve descurar a subjetividade que o funda e lhe dá origem: *apenas a partir de uma junção harmoniosa destas duas perspetivas se perspetiva uma real e completa compreensão do mundo*.

O Dualismo Cartesiano de René Descartes (1595-1650), influenciou de um modo significativo o desenvolvimento da filosofia e da medicina ocidental - a mente humana era considerada como diferente de qualquer coisa física, incluindo: o *cérebro humano* - uma “coisa pensante”<sup>296</sup>, sem propriedades físicas, invisível, “uma substância imaterial”<sup>297</sup> e o *corpo* - a “substância material”<sup>298</sup>, do mundo físico. Na base de uma constante evidência de uma interação entre a “mente” e o “corpo”, estas considerações têm sido postas em causa. Devemos aceitar que a mente não é uma substância

---

<sup>293</sup> Matthews, *The Philosophy of Merleau-Ponty*, 48.

<sup>294</sup> Usando os termos de Kierkegaard, o sujeito *embodied* é em si próprio a relação que se relaciona consigo próprio (in, Soren Kierkegaard, *Sickness unto death: A Christian psychological exposition of edification and awaken*, (New York: Penguin, 1989).

<sup>295</sup> Matthews, *The Philosophy of Merleau-Ponty*, 63.

<sup>296</sup> Eric Matthews, “Embodiment”, in: *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, (Oxford: Oxford University Press, 2019), 367.

<sup>297</sup> Matthews, *Embodiment*, 367.

<sup>298</sup> Matthews, *Embodiment*, 367.

separada de algo físico, mas sim, parte do mundo material, uma consideração que forma a base do conceito de “*cognição corporificada [embodiment]*”<sup>299</sup>, em oposição ao qual surge a *visão materialista* – uma visão em que a mente é identificada com o cérebro, considerada como um sistema “puramente” físico, parecendo implicar que o que chamamos “doença mental”, não é mais do que o resultado de alguns tipos de disfunção cerebral. Cada um de nós é um ser humano vivo, que é “sujeito” e “objeto”; no qual a vida mental ou “subjetiva” é inseparável da vida corporal ou “objetiva”; como seres *embodied*<sup>300</sup>. A depressão surge como um exemplo identificativo, sendo comumente vista como uma desregulação dos circuitos cerebrais, envolvendo neurotransmissores como a serotonina. Esta visão, contudo, desconsidera vários aspetos da vivência do doente: fatores stressores, relacionados com a experiência corporal, tal como a relação com experiências prévias e com os outros seres humanos. Por esta razão poderemos não dar o valor adequado às terapias baseadas na fala, como são exemplos as várias orientações de psicoterapia, sendo sugerido que estas operam por indução de alterações no sistema nervoso por via da sua neuroplasticidade. Isto será, com alguma probabilidade, uma conceptualização errada – “as terapias baseadas na fala apenas funcionam se o paciente compreender as palavras do terapeuta, e compreender, não é um processo puramente físico”<sup>301</sup>. Por outro lado, considerando o conceito de “*embodiment*”, a perturbação mental é vista *não como uma perturbação de uma parte do ser humano, mas do ser humano como um todo*; uma visão mais próxima da real experiência da pessoa doente e da natureza da doença. A doença mental pode ser vista como uma alteração do *ser-no-mundo*, uma relação insatisfatória com as outras coisas e pessoas, resultado de alterações experienciais e do papel principal nessas experiências ser, de facto, operado por uma disfunção da química cerebral. Como Fuchs recorda, o “*embodiment*” está “no caminho para se tornar um dos maiores paradigmas da psicopatologia”.<sup>302</sup>

Uma das capacidades que caracteriza o ser humano prende-se com a possibilidade de se colocar no lugar de outra pessoa, uma capacidade que está na base de muitas aptidões humanas, como a empatia. As neurociências advogam que conhecendo o cérebro se conhece o ser humano, propondo ser possível encontrar o *eu* num objeto. Uma tendência científica que valoriza o objetivo ignorando o subjetivo, e que não poupou a medicina. O estudo da fragilidade parte da consciência de si. O sofrimento não pode ser reduzido a sintomas ou dados categoriais ou imagiológicos. Não é possível ver o sofrimento numa imagem cerebral. A fenomenologia, sustentando uma valorização e um aprofundamento da experiência subjetiva da pessoa, surge aqui como um imperativo para a prática

---

<sup>299</sup> Matthews, *Embodiment*, 367.

<sup>300</sup> Usando um termo de Plessner, “*embodied consciousness*” pode ser caracterizada como uma imediaticidade mediada. O corpo é um meio através do qual percebemos e interagimos com o mundo. Os processos constitutivos inerentes na experiência consciente são normalmente inconscientes, ou seja, implicitamente presentes na nossa relação com o mundo, (in, Helmuth Plessner, *Die Stufen des Organischen und der Mensch*, (Frankfurt am Main: Gesammelte Schriften IV, 1981).

<sup>301</sup> Matthews, *Embodiment*, 371.

<sup>302</sup> Matthews, *Embodiment*, 370.

psiquiátrica atual – um componente absolutamente necessário, no sentido de uma maior compreensão da fragilidade e da situação de doença, mas principalmente como motor para a progressão de um conhecimento científico filosoficamente orientado, que permita o desenvolvimento de mais eficazes, seguros e holísticos, meios de tratamento.

Minkowski, na sua visão humanística da psiquiatria, sustenta que uma abordagem dos sintomas na terceira pessoa deve ser complementada por uma visão global - atos de “simpatia intelectual” [*diagnostico “par pénétration”*<sup>303</sup>] - de modo a intuir a estrutura psicológica organizadora do doente. Vários dos seus conceitos foram recuperados pela psiquiatria fenomenológica atual, incluindo o conceito de *perturbações geradoras*.<sup>304</sup> A sua visão de um diagnóstico, não baseado numa enumeração de sintomas, mas num *gestalt* e num reconhecimento de padrões tem sido progressivamente revisitado, a par de um novo ênfase no aspeto holístico do diagnóstico psiquiátrico.<sup>305</sup> Na base de uma prática psiquiátrica “cada vez mais desumanizada”, à luz de um método diagnóstico mecânico, simplificado e estandardizado, o ideal de trabalho clínico de Minkowski, como um empreendimento humanístico torna-se mais necessário do que nunca.

Frequentemente olhamos para as coisas, como *coisas dentro da nossa cabeça*. A fenomenologia, por outro lado, procura *olhar para as coisas sem as inserir em nenhuma categoria ou espaço*. A este propósito, cabe-nos refletir no fenómeno da melancolia sob um ponto de vista merleau-pontyano. Tal como referido numa nota introdutória, a pessoa melancólica não sente o défice de produção da serotonina nos seus neurónios ou as alterações ao nível dos circuitos neuronais; a pessoa deprimida sente e experiencia os seus sintomas numa perspetiva vivencial, através de uma relação dinâmica entre o ser e o mundo, que se estrutura nessa própria relação e que extravasa completamente os limites do órgão cérebro, ao qual a ciência tem dedicado a maioria dos seus esforços. Não sendo a intenção negligenciar ou ignorar a relevância e o inegável contributo dos achados da investigação neurobiológica para o tratamento e qualidade de vida dos doentes psiquiátricos, será importante, contudo, referir que é da opinião do autor, *que não apenas a partir do cérebro se compreenderá a depressão*.

Recorde-se, neste ponto, o “*fenómeno do membro fantasma*”, enunciado por Merleau-Ponty, que surge como um exemplo particularmente relevante da necessidade de uma descrição fenomenológica, antes de qualquer estudo de orientação científica. A separação epistemológica do conhecimento obtido a partir de uma análise de pendor anatómico, neurológico ou fisiológico de uma

---

<sup>303</sup> Minkowski, *Lived Time*, 72.

<sup>304</sup> Urfer-Parnas, Eugène Minkowski, 109. São exemplos: L. Sass, J. Parnas, “Schizophrenia, Consciousness and the Self”, in, *Schizophrenia Bulletin*, 29, 2003, 427-444; J. Parnas, “A Disappearing Heritage: The Clinical Core of Schizophrenia”, in, *Schizophrenia Bulletin*, 37, 2011, 1121-1130; J. Norgaard, et al, “The Psychiatric Interview: Validity, Structure and Subjectivity”, in, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263, 2013, 353-364.

<sup>305</sup> Urfer-Parnas, Eugène Minkowski, 109.

perspetiva fenomenológica, torna evidente a necessidade de uma valorização da experiência da pessoa afetada; um fenómeno que é sobretudo compreensível sob a perspetiva da corporeidade; um corpo que é vivido, onde se sustenta e “segura” a relação dinâmica entre o tempo e espaço. Assim, Merleau-Ponty orienta a sua análise a partir de uma experiência que se esboça num “hibrido pré-pessoal entre o psicológico e o fisiológico”<sup>306</sup>, lembrando-nos que, sem a experiência humana os símbolos científicos não teriam significado. A perceção, surge em Merleau-Ponty como o contacto pré-reflexivo de um sujeito que é *embodied* com o seu mundo circundante, surgindo deste modo uma base de perspetiva: *eu vejo o mundo de “onde estou”*, sendo este, significado de uma localização que engloba um espaço e um tempo, mas também um corpo, uma história de vida e todas as dimensões que me constituem. Ao contrário uma perspetiva científica, em que se considera uma relação causal entre o meu passado e as minhas perspetivas atuais, Merleau-Ponty considera *uma dimensão “existencial” entre as dimensões temporais*. A perceção apenas poder ser completamente compreendida ao referir-se à pessoa enquanto esta se relaciona com o mundo *como um todo*, uma pessoa que *como um todo* representa um ser com emoções, valores e propósitos – um ser temporal, que interage com o seu mundo partindo de várias dimensões eminentemente e fundamentalmente corporais.

Assim, sustenta-se, com base nas considerações que têm vindo a ser formuladas ao longo deste trabalho, que a avaliação diagnóstica do ser humano, no que concerne à medicina, deve ser realizada com base em dois pontos de vista principais: *o ponto de vista objetivo e o ponto de vista subjetivo*. Num mundo orientado para a valorização da realidade objetiva e exclusão da experiência subjetiva, a verdade apenas poderá surgir na junção de ambos estes componentes. As perturbações mentais surgem como um exemplo gritante da importância da avaliação da pessoa doente sob um ponto de vista subjetivo. Não existem dados objetivos capazes de transparecer e representar a complexidade da psicopatologia e do sofrimento humano envolvido nas doenças psiquiátricas. As alterações da temporalidade chamam-nos a atenção para a complexidade da vivência da depressão, uma vivência rica e sofrida, à qual não é possível aceder a partir de meros dados objetivos. É preciso ouvir ativamente a pessoa em questão, colocando-nos “no lugar dela”, para verdadeiramente sermos capazes de aliviar ou curar o seu sofrimento.

O diálogo com outras perspetivas envolve necessariamente uma compreensão profunda da própria perspetiva da pessoa doente, um aprofundamento que nos é oferecido e se torna possível recorrendo ao método fenomenológico: *a compreensão do significado que o mundo dos outros tem para eles, em relação com todas as dimensões em que se constituem*. O *subjetivo* é a porta que nos leva para o *ser*, um *subjetivo que se tornou essencialmente temporal* - o tempo tornou-se a principal

---

<sup>306</sup> Umbelino, Filosofia do corpo, 151.

porta que nos leva ao ser enquanto experiência, e em última instância, *ao ser em si mesmo*. A fenomenologia ensina-nos que, qualquer *insight* que podemos ter do mundo, deve, em última instância obter o seu significado a partir da nossa própria experiência ao viver nesse mundo. As ideias de um significado do mundo puramente “objetivo”, um mundo completamente independente do modo como o experienciamos revela-se completamente ausente de conteúdo. Inspirados por Minkowski, somos impelidos a deixar de olhar o mundo e o ser humano doente como algo objetivo, olhando para a doença através, e sempre primeiro lugar, *do humano*: “Atrás da confusão está o confuso, atrás da melancolia está o melancólico e atrás de ideias de influência está o influenciado”<sup>307</sup>.

No que se refere ao tratamento da depressão, para além do quadro sintomático, tal como este está atualmente estruturado e definido pelos critérios de orientação clínica, deve ser tida igualmente em conta a *restauração dos processos de sincronização*. Ao nível biológico, os instrumentos disponíveis incluem a farmacologia e as técnicas de neuromodulação, onde se inclui a Electroconvulsivoterapia e a Estimulação Magnética Transcraniana, tendo sido inclusivamente proposto por Thomas Fuchs uma “terapia de resincronização”<sup>308</sup> de base psicoterapêutica. A revolução permanente da vida atual, sujeita a um processo de continua aceleração, vai certamente resultar num aumento progressivo de “*dessincronizações*”, resultantes de uma continua exigência que suplanta a capacidade de adaptação do indivíduo. Os psiquiatras devem estar atentos a estes desenvolvimentos – cada vez mais serão observados em contexto clínico, pacientes incapazes de tolerar a *modernização acelerada* e que caem num “desencaixe” depressivo. Como descrito por Berger, a construção social da realidade implica uma construção do tempo<sup>309</sup>. Com uma socialização entre os indivíduos em constante crescimento, este torna-se um constructo que aparenta uma força autónoma, que nos exige sacrifícios.

As considerações supracitadas alertam-nos para a importância da filosofia, e em particular da fenomenologia, como método de investigação, conhecimento e reflexão nos tempos atuais. Numa sociedade que se organiza e estrutura no tempo, o estudo dos fenómenos da temporalidade no modo

---

<sup>307</sup> Minkowski, Du symptôme au trouble générateur, 94.

<sup>308</sup> No seu artigo “*Melancholia as a Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time*”, Thomas Fuchs propõe uma “terapia de resincronização” de base psicoterapêutica, que descreve tendo em conta algumas linhas orientadoras: [1] O primeiro requisito envolve a criação de uma grelha temporal e espacial, ou seja, um “tempo de pausa” (são temporariamente suspensas as atividades de cariz laboral ou outras responsabilidades) durante o qual o doente pode de novo adaptar-se ao curso do tempo social comum; [2] Em segundo, é importante a criação de um ritmo para a vida do dia-a-dia, enfatizando a repetição e a rotina no dia-a-dia, que irão ajudar o doente a “lutar” contra um tempo que tende a escapar; [3] Deve ser fomentada a protensividade – uma orientação do doente para o futuro – apesar de “inicialmente stressante” a criação de intenções e envolvimento em atividade vai fomentar uma melhoria do quadro clínico. Estes aspetos observáveis diariamente na prática clínica, são compreensíveis no âmbito da fenomenologia da temporalidade, o que deve ser igualmente explicado ao doente – o “arco intencional” por si só, que o doente gera através da criação de um plano e da sua execução, é suficiente para criar a sua própria “direção temporal” contra a passagem do tempo e assim restaurar a sua protensividade; [4] Destas considerações surge o “princípio da resincronização ótima” – o doente deve experienciar um grau de ativação e estimulação apropriado ao seu estado presente de modo que o seu tempo “vazio” seja de novo “enchido”, sem, contudo, causar um retorno a um tempo dessincronizado devido a uma “reabilitação forçada”; [5] Por fim, após a remissão do estado depressivo agudo, torna-se importante fomentar a resincronização das dimensões social e psicológica que contribuíram para o início da doença, em particular, os processos de luto e alteração de papel (in, Fuchs, Melancholia as a Desynchronization, 185).

<sup>309</sup> Peter L. Berger, Thomas Luckmann, *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*, (Garden City: Doubleday, 1967).

como estes afetam e são experienciados pela pessoa, são essenciais na compreensão do papel de cada um na sociedade, enquanto *um todo individualmente construído*.

O olhar atento ao doente, nas várias áreas da saúde, e em particular na psiquiatria, mostram-nos como é urgente que o tempo e a sua vivência passem a tornar-se assuntos da ordem do dia – no cuidado do doente, tratamento e investigação. O acrescentar da temporalidade à prática médica, numa mistura sinérgica e necessária de “objetivo e subjetivo” permitirá uma maior compreensão da experiência de doença, tal como, ao invés de um afastamento da ciência, um enriquecimento do conhecimento científico ao trazer novos *insights* para possíveis mecanismos psicológicos e neurobiológicos associados à patologia psiquiátrica. Procura-se deste modo, como um meio de desenvolvimento de uma medicina mais humanizada e sábia, empática e profundamente conhecedora, que, partindo do tempo como dimensão vivencial e apesar dos exponenciais avanços científicos, que nunca nos esqueçamos do real objetivo e da verdadeira fonte de informação: *a pessoa doente*.

O tempo, tema a que nos dedicámos ao longo deste trabalho, surge aqui como um meio a através do qual o sujeito se estrutura no mundo e a partir do qual olhamos a subjetividade e nos propomos a compreender a real experiência de *ser-no-mundo*. Recordemos neste ponto as considerações de Merleau-Ponty, surgindo aqui o tempo, como uma dimensão que se estrutura numa relação entre sujeito-mundo, numa dinâmica de significação corporalmente mediada, a partir da qual surge o ser: “É pelo tempo que pensamos o ser, porque é pelas relações entre o tempo sujeito e o tempo objeto que podemos compreender as relações entre o sujeito e o mundo”<sup>310</sup>. Falamos aqui de um ser que se constitui no tempo enquanto pertencente a uma individualidade que, paradoxalmente, se estrutura num todo interligado, sustentado numa “malha de intencionalidades” temporal e corporalmente mediadas, numa dinâmica de onde nasce o ser e o próprio tempo - “(...) somos o surgimento do tempo”<sup>311</sup>. Ao afirmar que o tempo existe na medida em que é experienciado por mim, que se inscreve naquilo que mais profundamente me constitui *enquanto ser humano que habita o mundo*, Merleau-Ponty, sustenta que, a uma investigação realizada a partir do olho objetivo da abordagem científica, deve juntar-se a subjetividade primitivamente experienciada, que, no ponto que aqui se investiga, se insere num *tempo vivido corporalmente mediado*.

Pretende-se, partindo destas considerações e do tema da depressão que motivou o presente trabalho - depressão cuja compreensibilidade e influência se constituem nesse *tempo vivido corporalmente mediado*; um assunto que se funda na mais profunda vivência humana - *que não apenas da ciência se fará a medicina*. A psiquiatria, surge assim, neste contexto, como o exemplo

---

<sup>310</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 492.

<sup>311</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 489.



paradigmático, que sustenta estas considerações. Uma área médica, que preserva um certo “componente romântico”, na medida que em que é indissociável da pessoa e de todas as dimensões que a constituem – *tempo, corpo, mundo, emoções, projetos, valores e história de vida*. O que até aqui demonstrámos, torna evidente que nunca seremos capazes de compreender a doença mental apenas a partir do cérebro; a investigação clínica deve suplantar os meros dados objetivos; embarcando numa investigação filosoficamente orientada, que permita envolver as várias dimensões da vida.

Sustenta-se, como uma nota final em relação ao percurso que até aqui realizámos, uma nota com uma premência atual, intuída a partir das investigações realizadas e, em particular, da experiência clínica do autor, da necessidade de um resgate da filosofia do domínio do abstrato e do académico, e um imprescindível retorno às questões do dia-a-dia, aos assuntos da vida prática, e em particular, à ciência médica. Referindo-nos em particular à psiquiatria, e partindo da depressão como um meio de demonstrar o alcance e o impacto da vivência dos sintomas psicopatológicos, que suplantam largamente os domínios da ciência objetiva, pretende-se alertar para a necessidade premente, dos contributos da filosofia, e em particular, do pensamento fenomenológico na prática clínica e investigação atuais em psiquiatria.

O tempo surge aqui como um ponto de partida para esta viagem que se afigura apenas numa fase inicial. Aproximando-nos do tempo, procuraremos abrir um caminho, que, passando pela ciência médica e pelos contributos da filosofia, nos permitirá, hoje, mais do que nunca, compreender e beneficiar o ser humano, progredindo em direção a um mundo mais empático, solidário e hospitaleiro – *em todas as suas dimensões e para todos os seus habitantes*. Um tempo que é vivido, que, tal como escreveu Merleau-Ponty, não representa um objeto externo ou um objeto do nosso saber, mas sim “uma dimensão do nosso ser”<sup>312</sup>, e que, por essa razão, merece toda a nossa atenção. Nas palavras de Thomas Fuchs: “O doente deprimido mostra-nos que, como indivíduos e como sociedade, somos igualmente confrontados com a tarefa de reapropriar o tempo que fizemos nosso inimigo, e torná-lo novamente nosso amigo”<sup>313</sup>.

---

<sup>312</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 475.

<sup>313</sup> Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 185.

## CONCLUSÃO

No seu livro, *“O Bailado da Alma”*, Pio Abreu escreve: “A mente pertence ao mundo da dinâmica temporal, ao mundo das relações, de sincronizações e harmonias, desequilíbrios e equilíbrios, no seio dos quais se constrói a vida e a consciência”<sup>314</sup>. O ser humano existe na base de uma relação dinâmica entre o *eu e o mundo*, uma relação de sincronia e equilíbrio cuja descoordenação nos fornece um substrato para uma compreensão da vivência da mente mórbida. A referência prévia ao *tempo vivido* como uma dimensão primordialmente adstrita ao indivíduo, relaciona-se com conceitos provenientes de uma *psicopatologia baseada na filosofia da vida*<sup>315</sup>, recuando a autores como Minkowski e conceitos como “*Élan Vital*”, representando um *princípio vital de “tornar-se”*, que se considera inerente ao indivíduo. Uma modificação desta abordagem tem vindo a surgir através das investigações de autores na área da *psicopatologia fenomenológica*, entre os quais se destaca neste trabalho Thomas Fuchs, que, surgindo em linha com autores como Merleau-Ponty, propõem uma conceptualização de um *tempo vivido* com base numa relação entre o indivíduo e o mundo, fornecendo uma *perspetiva intersubjetiva* que se aplica à vida psíquica saudável e patológica, e em particular à depressão<sup>316</sup>.

Iniciámos este percurso, partindo da medicina, em direção à filosofia. Numa primeira fase, colocou-se o olhar sobre a depressão enquanto doença médica, no modo como esta é observada a partir da ciência. Percorreu-se a história da sua evolução, desde as primeiras descrições dos fenómenos depressivos, passando pelo conceito de melancolia, até aos critérios de diagnóstico e perspetivas científicas atuais no que concerne ao quadro sintomático, etiologia e estratégias terapêuticas. Procurando justificar a importância do tema a que nos dedicámos, recorreu-se a dados epidemiológicos com o intuito de oferecer um retrato da prevalência e morbidade da depressão no mundo atual. Apresentou-se uma reflexão relativa às evidentes limitações que caracterizam a abordagem científica, no modo como se dirige e tenta compreender o sujeito, fornecendo deste modo o substrato para a necessidade de inclusão de uma componente subjetiva, valorizando o aspeto vivencial dos estados patológicos, o que, tomando como exemplo os aspetos da vivência do tempo, nos motivaram para a fase seguinte, em nos dirigimos à filosofia. Explorámos o trabalho de Eugène Minkowski, que, ao sustentar uma clara “insuficiência da ciência” na compreensão do doente

---

<sup>314</sup> Pio Abreu, *O bailado da alma*, 15.

<sup>315</sup> Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 180.

<sup>316</sup> Fuchs introduz deste modo o conceito da temporalidade intersubjetiva: “Modificando esta abordagem, é proposta a consideração da patologia melancólica primária do tempo não como uma inibição, mas como uma perturbação de uma relação sincronizada, ou seja, uma dessincronização”, (in, Fuchs, *Melancholia as a Desynchronization*, 180).

psiquiátrico, propunha uma abordagem que se dirigia, não à doença, mas à pessoa “por trás” da doença. Assumindo um percurso dirigido a uma humanização da psiquiatria, dedicou-se à exploração da vivência dos sintomas psicopatológicos nas suas várias dimensões, e, em particular, aos aspetos da vivência do tempo. Merleau-Ponty, que, integrando os conceitos da psicologia e da fisiologia, nos apresenta a fenomenologia como um meio de olhar além de uma perspetiva objetivista. Com base numa fenomenologia do corpo, mostra-nos um ser que é corpo no mundo; um ser que se estrutura numa relação dinâmica com um mundo que é por ele percecionado, sobre uma teia de intencionalidades temporais que apenas existem através da sua inscrição no corpo. Por fim, dedicámo-nos ao trabalho de Thomas Fuchs e à sua “estrutura da vivência da temporalidade”, cujos conceitos de *temporalidade implícita, explícita e intersubjetiva*, criaram a base para uma abordagem específica e aprofundada da vivência do tempo no doente deprimido. Nessa fase, olhando a depressão através de uma lente fenomenológica, procurámos compreender, tanto quando possível, a experiência do tempo na depressão, com particular atenção às perturbações da experiência do tempo, onde se incluem as *perturbações da conação e da temporalidade intersubjetiva*. Na fase final desta dissertação, vindos da filosofia, retornámos novamente à medicina, onde demos voz a testemunhos reais de doentes com depressão. Esta fase, recorrendo ainda aos contributos dos autores que nos propusemos a explorar, tem como intuito, demonstrar que, o que aqui se fala, não se trata de meros conceitos abstratos ou académicos, mas de emoções e perceções reais; considerações que nos alertam para a importância e urgência de *um encontro entre a medicina e a filosofia*.

O tempo constitui e é indissociável da própria vida – um tempo que surge como o substrato em que o *eu* se estrutura - *um eu que é tempo e que cria o tempo*. Ao longo dos anos, vários autores e artistas têm perseguido esta “neblina misteriosa” que tudo permeia e constitui, uma tela onde se pinta o constante dinamismo onde se funda o *ser-no-mundo*. Algo *tão profundamente entranhado na própria vida*; uma *curiosidade vital* que reside dentro de cada um nós, motivando uma cultura de busca constante, que se veio a espelhar no ser e na sua arte – *como um meio de tentar compreender o incompreensível*. O abstrato da criação de uma vida que se estrutura no tempo, é tema e inspiração de músicos e outros artistas, tais como pintores<sup>317</sup> e cineastas. Andrei Tarkovsky explora os limites da consciência humana nos seus filmes, considerando o cinema, numa expressão que deu o título ao seu livro, a arte de *“esculpir no tempo”*<sup>318</sup>. De certo modo, o cinema surge como um meio onde o tempo e o indivíduo se articulam - *tal como a mente une o presente e o passado, antecipando o futuro* – um

---

<sup>317</sup> Recordemos a este propósito a pintura de Paula Rego que serve de capa a este trabalho, onde a temporalidade intersubjetiva e o tempo socialmente construído, sob o exemplo das várias fases da vida, servem de inspiração à artista. O tempo tem vindo a ser a inspiração de vários pintores ao longo dos anos, do qual é exemplo a obra de Salvador Dali - “A persistência da memória” – uma pintura a óleo onde é representada uma paisagem surrealista palmilhada por relógios, onde se mostra a memória como uma forma interna e subjetiva de marcar o tempo.

<sup>318</sup> Andrei Tarkovsky, *Sculpting in time: reflections on the cinema*, (Austin: University of Texas Press, 1988).

plano de existência em que o tempo é simultaneamente comprimido, distendido e reorganizado - uma arte cinematográfica que consiste numa mistura de dimensões que se sincronizam entre si, à qual o realizador Alfonso Cuarón chamou de “dança entre elementos”<sup>319</sup>. Tarkovsky, procura através da sua arte mostrar-nos como o tempo enquanto vivido, não é linear<sup>320</sup>, um aspeto relembrado e recordado por Merleau-Ponty, no seu conceito de tempo vertical. Um tempo que, longe de ser cronológico, mistura constantemente as dimensões de presente, passado e futuro, numa unificação da temporalidade que se cria a partir da presença corporal. Um passado e futuro que dependem de um sujeito que vive o presente enquanto corpo no mundo. Um ser em que a memória surge enquanto fenómeno, uma memória que apenas será recordada a partir de uma estrutura de significação no presente. Tarkovsky mostra-nos como podemos ser compreendidos como pequenas “ilhas de memória”<sup>321</sup> – “Num certo sentido, o passado é muito mais real, ou em qualquer outro contexto, mais estável, resiliente que o presente. O presente escorrega e desaparece tal como a areia por entre os dedos, adquirindo o seu peso material apenas na sua recolção”<sup>322</sup>.

Tal como Paula Rego, aclamada artista portuguesa, cuja obra “O Baile” serviu de ponto de partida para este trabalho, também através da pintura podemos compreender os fenómenos da temporalidade e da corporeidade: “O pintor demonstrará significativamente tal experiência [vivida do espaço], pois, primeiro do que todos compreende que há um saber do corpo que depende do modo de ser habitado pelo espaço”<sup>323</sup>. Enquanto pinta, esta encontra-se num espaço e tempo que perde a sua direção cronológica ou organizada, constituindo uma interpenetração de dimensões temporais que, através de um presente pintado com laivos de passado e de futuro, geram o espaço enigmático da existência e da criação. Recordemos as considerações de Merleau-Ponty em relação a Cézanne<sup>324</sup> ou Renoir, estes, que ao pintar, estão num espaço e tempo que não se estrutura em momentos ordenados, mas sim numa “teia de intencionalidades”, de dimensões interconectadas, gerando um presente extensível a um “já foi” e a um “vai ser”. Nas palavras de Luís Umbelino: “(...) para eles, o passado está *ainda aqui* e o futuro *já aqui*, penetrando a dimensão do presente e conferindo ao espaço

---

<sup>319</sup> Making Waves: The Art of Cinematic Sound. Dir. Midge Costin, Ain't Heard Nothin' Yet Corporation, 2019.

<sup>320</sup> No seu filme de 1975, “Mirror”, Tarkovsky opera um verdadeiro ensaio sobre a natureza da memória que transcende os métodos tradicionais da produção cinematográfica. Uma memória que é baseada na experiência da passagem do tempo, não de um tempo cronológico, mas de um tempo vivido, desordenado, movendo-se para trás e para a frente ao sabor da vida. Uma dinâmica temporal de onde nasce o ser. Um processo de difícil tradução literária, que é, de um modo brilhante, captado pelo olhar onírico de Tarkovsky.

<sup>321</sup> Christopher Murray, *Islands Of Memory: Andrei Tarkovsky's Science-fiction Films*, in: *Alienation and Resistance: Representation in Text and Image*, (Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, 2010).

<sup>322</sup> Tarkovsky, *Sculpting in time*, 58.

<sup>323</sup> Umbelino, *Fenomenologia e Ontofenomenologia*, 34.

<sup>324</sup> No seu artigo - “A Dúvida de Cézanne” - onde o diagnóstico psicanalítico e a filosofia surgem entrelaçados, Merleau-Ponty espelha a sua própria dúvida, tal como a sua filosofia da existência. Enquanto a famosa dúvida de Descartes é orientada para a epistemologia, a dúvida de Cézanne é orientada para a arte, sustentando que, na filosofia, tal como numa peça de arte, um objeto pode dar origem a mais pensamentos do que aqueles que “contidos” nele.

o seu carácter enigmático, pelo qual os acontecimentos parecem sair uns dos outros (...). E apenas por isso conseguem pintar.”<sup>325</sup>.

A compreensão da consciência da percepção e do tempo cria o caminho para uma compreensão dos aspetos dinâmicos da vida subjetiva. Merleau-Ponty, na sua conceção de tempo apresenta o tempo como um “*campo de presença*”<sup>326</sup>, que “revela o sujeito e o objeto como dois momentos abstratos de uma única estrutura”<sup>327</sup>; um tempo que, constituindo-se numa mistura de dimensões temporais, permite a criação de um ser, que é objeto e sujeito, enquanto relação corporalmente mediada. Minkowski, partindo também de uma vivência que se funda e estrutura no tempo, alerta-nos para a necessidade de uma humanização do olhar ao outro, propondo o tempo vivido como uma porta de entrada para uma intersubjetividade empática e harmoniosa - “Pensei na palavra “cronologia” para descrever este esforço de unificação. (...) Talvez, um dia, poderemos falar de “cronologia” no próprio e profundo sentido do mundo”<sup>328</sup>.

A depressão surge neste trabalho como um exemplo da insuficiência do *objetivo* perante a doença mental, e da importância da *subjetividade* na sua compreensão. Ao demonstrarmos que a depressão se estrutura enquanto dimensão de base fenomenológica, enquanto experiência subjetiva, estamos a mostrar que ela existe para além do material e o objetivo. Não é possível reduzir a depressão a um mero dado imagiológico ou clínico – *a depressão é vivência; é tempo; é tempo enquanto relação corporalmente inscrita* – representando um quadro clínico, que, em favor de um rápido avanço investigacional, tem vindo a ser simplificado, mas que se demonstra neste trabalho, tratar-se de uma vivência profunda que afeta todas as dimensões que constituem o ser humano em si próprio e na sua relação com os outros e com o mundo; cujo impacto se estende para além de meros sintomas, influenciando e alterando a própria *noção de ser*, de ser uma pessoa com possibilidades, com um futuro e com um mundo que lhe aparece à percepção – dimensões que, na face da melancolia mais profunda, podem simplesmente não existir.

A fenomenologia esteve presente na psiquiatria desde o seu início enquanto disciplina científica, tendo o método fenomenológico marcado as investigações que deram origem à estruturação da psicopatologia, e que permitiram a constituição da psiquiatria enquanto ramo da medicina. A ausência de exames complementares que sustentem um diagnóstico, leva a que abordagem fenomenológica seja ainda hoje utilizada como um método de colheita de sintomas psicopatológicos – ao “colocar-se no lugar do doente” o médico vai tentar aceder às vivências do doente, sem as questionar, reconhecendo que estas se tratam da experiência subjetiva do doente, e,

---

<sup>325</sup> Umbelino, Fenomenologia e Ontofenomenologia, 38.

<sup>326</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 475.

<sup>327</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie*, 492.

<sup>328</sup> Minkowski, *Lived Time*, 9.

neste processo, transmitindo-lhe confiança ao considerá-las como “reais”. Contudo, no âmbito da investigação etiológica e terapêutica, em face do crescimento e do investimento científico numa perspectiva eminentemente neurobiológica, uma simplificação excessiva e uma realocização de toda a vivência da doença psiquiátrica ao “órgão cérebro”, poderão justificar, na humilde visão do autor, que, apesar de uma melhoria significativa no tratamento dos sintomas psiquiátricos na atualidade, que a “cura” ou a etiologia das doenças psiquiátricas permaneça essencialmente desconhecida. Tal como demonstrámos ao longo desta dissertação, a doença mental, e neste caso, a depressão não existe dentro cérebro, mas é sim uma relação entre o sujeito e o mundo, cuja vivência depende de uma mistura de dimensões, que incluem, o espaço, o corpo e o tempo.

Poderemos ter chegado ao ponto em que a ciência, no que toca à patologia psiquiátrica, necessita de retornar ao doente, ao subjetivo. O avanço do conhecimento científico, que pretende compreender uma patologia que se estende para além de meros dados objetivos, que envolve o mundo nas suas várias dimensões, cujos sintomas vão constituir, não o resultado de um determinado dano físico, mas sim, o resultado de uma relação entre a pessoa e o mundo, apenas poderá ocorrer partindo de uma área do conhecimento que permita compreender o ser humano. Sustenta-se deste modo, e na opinião sincera do autor, que apenas se poderá compreender a depressão partindo da fenomenologia – *no período em que atualmente nos encontramos, o avanço do conhecimento científico em psiquiatria, tal como a melhoria no tratamento e do cuidado ao doente psiquiátrico, dependem do seu retorno e de uma maior proximidade à filosofia; dois campos do conhecimento, que hoje, mais do que nunca, “devem caminhar lado a lado”.*

Retornemos, a este propósito, ao génio e ao exemplo de Nick Drake que nos serviu de nota introdutória a este trabalho, e que, através da sua bucólica existência, nos ofereceu uma história real fundada no tempo, permitindo que este trabalho seja mais do que uma dissertação teórica, mas algo com o qual todos nós sejamos capazes de nos relacionar. A sua música, através de uma certa *fenomenologia sob a forma de canções*; um estado de alma; serviu como um meio de lidar com a dormência existencial, um poder de cura através da transformação da sua vivência em música. Uma arte, que aqui nos surge como uma possível “janela fenomenológica” para o outro, que na pintura e na música nos permite aceder às dimensões da temporalidade menos explicáveis e passíveis de tradução escrita – pois esse será o paradoxo da fenomenologia – uma tentativa profunda de compreender uma experiência que apenas será completamente compreendida quando verdadeiramente experienciada - arte poderá oferecer-nos essa janela. Esperamos que tal como espelhava recorrentemente ao longo da sua obra e em particular em *“Time Has Told Me”*, que também a nós o tempo nos venha a dizer a algo. Que a vivência do tempo, do nosso tempo e do tempo do outro que também é o nosso, possa constituir a chave para a compreensão do ser humano.

Para além do descrito, retiro deste trabalho uma conclusão transversal, que tem e terá um grande impacto no modo como estudo filosofia, tal como no modo como esta pode e deve ser incluída e “entranhada” na prática médica, e em particular, na prática médica psiquiátrica. Este trabalho, para além de tentar mostrar a importância de uma dimensão *subjéctiva* da depressão, vem mostrar a importância da filosofia na prática médica e na vida do dia-a-dia. É urgente resgatar a filosofia do domínio da teoria e trazê-la para a ciência, para o dia-a-dia – *o objectivo e o subjéctivo estão entrelaçados num conjunto, dentro do qual não devem ser separados*. A filosofia revela-se como um componente essencial nas várias dimensões da vida: como uma ponte para uma ciência mais humanizada e uma medicina mais consciente dos aspetos subjéctivos e vivenciais da pessoa doente. *Se com algum objectivo me propus a realizar este trabalho*, para além de um grande interesse e gosto pessoal, foi para tentar, da melhor maneira possível, mostrar que a filosofia não pertence apenas aos livros e às teorizações, mas sim à ordem do dia, junto das pessoas, das decisões e dos avanços científicos e humanísticos – *devendo estar presente como um guia no rumo constante do ser humano na busca do conhecimento, da saúde e da felicidade*.

Na sua última música, do seu último álbum, Nick Drake, já longe da vida, levado pela depressão, consegue chegar a si, e deixa-nos uma mensagem de esperança - *“And now we rise/And we are everywhere”*<sup>329</sup> – frase que figura na cama da sua família. Uma frase que, tal como o tempo, perdura no espaço para além de vivido - uma mensagem de exaltação e positividade nascida da mais profunda melancolia. Guardado no espaço, no mundo, para que possa agora ser vivido por nós. Que esta busca constante pelos meandros do tempo e da vivência nos faça levantar, em direcção ao humano, para que cheguemos a todo o lado, mas sobretudo, a todos.

O ser humano estrutura-se numa relação dinâmica e contínua com o mundo, sob o olhar atento e orientador do tempo. Existimos, refletimos, vivemos e encontramos-nos, a nós e aos outros, sob a *esfera enigmática e humanamente constituída do tempo*:

---

<sup>329</sup> Nick Drake, *Pink Moon, From The Morning*, Island Records, 1972, CD.

*“Aguardo essa sensação de que me pertença.  
O eu como referência.  
O nascer e o morrer dos dias,  
Causam-me esta sensação tremenda  
De que me vou perdendo com eles.*

*No entanto vou percebendo,  
O que me define é o tempo.  
Todas essas noites que passo nessa busca incessante,  
Sem nunca compreender*

*Que durante o caminho  
Me vou encontrando.”<sup>330</sup>*

---

<sup>330</sup> Santos GA, *Praia da Trafaria, Lisboa, 31 de Outubro de 2017*. Recordar-se, em jeito de conclusão, um humilde rascunho que surge como uma manifestação de um ser que se procura no mundo, e que, recorrendo a nada mais do que à sua própria existência enquanto humano, se depara com a natureza eminentemente temporal dessa busca. O excerto de que falamos trata-se, de facto, de palavras escritas pelo autor, num momento de distração introspectiva no dia 31 de Outubro de 2017 – considerações que se constituem num passado, que à data atual, se mostra mais presente do que nunca. Nesse passado que se recorda, nenhuma formação psicológica, psiquiátrica ou filosófica havia ocorrido – não tinham existido à data quaisquer leituras relacionadas com a fenomenologia enquanto idioma e método filosófico, nem tão pouco se imaginava existir, a temporalidade enquanto dimensão vivencial ou objeto de estudo, ou que uma dissertação sobre a sua relação com os estados patológicos viria a ter lugar – o que se transcreve é um resultado de uma vivência, de um *ser-no-mundo* que se constitui na sua relação imediata com uma intersubjetividade dinâmica, que parte exclusivamente de uma subjetividade humana, sem quaisquer anexos teóricos ou conceptuais. Neste pequeno excerto, são várias as temáticas relacionadas à dissertação que nos propomos a apresentar: o tempo explícito, experienciado conscientemente enquanto ciclo “interminável” e por vezes doloroso [“*O nascer e o morrer dos dias (...)*”], cujo peso e repetição podem gerar uma perda de um futuro imaginado e uma dessincronização em relação aos fenómenos externos, que podem perturbar a própria sensação de *ser-no-mundo* [“*Causam-me esta sensação tremenda / de que me vou perdendo com eles.*”]; de um *eu* que se estrutura enquanto *relação dinâmica* temporalmente mediada, *um ser que é, e se funda, no tempo* [“(...) *O que me define é o tempo.*”] e se conclui num processo dinâmico de construção contínua de um presente onde se inserem “restos” de passado e futuro, misturados com intenções, desejos e valores, numa intersubjetividade de onde nasce o ser [“*Que durante o caminho / Me vou encontrando.*”]. Conclui-se assim este trabalho com uma demonstração da experiência do tempo como algo inerente à condição humana e como, para uma exploração fenomenológica da vivência subjetiva, mais do que conceitos teóricos ou leituras aprofundadas, importa sobretudo uma investigação atenta “da nossa subjetividade interior” o que, a par de um olhar empático e compreensivo gera uma “locomoção” da humanidade no sentido de uma maior compreensão, integração e aceitação – estruturando a base de uma das mais humanas, ambiciosas e urgentes investigações filosóficas.



**BIBLIOGRAFIA/FONTES CONSULTADAS**

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, (Arlington VA: American Psychiatric Association, 1980).

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, (Arlington VA: American Psychiatric Association, 2013), 160.

Berger, Peter L., Luckmann, Thomas, *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*, (Garden City: Doubleday, 1967).

Bergson, Henri, *Essai sur les Données Immédiates de la Conscience*, (Paris: PUF, 1927).

Bergson, Henri, *L'Énergie Spirituelle*, (Paris: Presses Universitaires de France, 2009).

Bergson, Henri, *L'évolution Créatrice*, (Paris: Quadrige-PUF, 1941).

Binswanger, Ludwig, "Anthropologie, Psychologie, Psychopathologie", in *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 11, 1936, 679.

Binswanger, Ludwig, "Melancholie Und Manie: Phanomenologische Studien", in *Psychoanalytic Quarterly*, 30, 1961.

Brochado, Alberto, "Perturbações da apreciação do tempo num caso de melancolia", in *Portugal Médico*, 1929.

Chesney, Eduard, *et al*, "Risks of all cause suicide and suicide mortality in mental disorders: a meta review", in *World Psychiatry* 13, 2014, 153-160, 2014.

Correia, Diogo Telles, *As Raízes do Sintoma e da Perturbação Mental*, (Lisboa: Lidel, 2018).

Dann, Trevor, *Darker Than the Deepest Sea: The Search for Nick Drake*, (Cambridge: Da Capo Press, 2006).

Drake, Nick, *Black Eyed Dog*, 1974, Single.

Drake, Nick, *Five Leaves Left, Time Has Told Me*, Island Records, 1969, CD.

Drake, Nick, *Hanging on a star*, 1979, Single.

Drake, Nick, *Pink Moon, Pink Moon*, Island Records, 1972, CD.

Ellenberger, Henri F., *Phenomenology and Existential Analysis*, (New York: Existence, 1958), 101.

Entralgo, Pedro Laín, *La História clínica, História y teoría del relato patográfico*, (Madrid: Triacastela, 1998).

Evans-Lacko, Sara, *et al*, "Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys", in *Psychological Medicine*, 48(9), 2018, 1560-1571.

Esquirol, Jean-Étienne, *Mental Maladies, a Treatise on Insanity* (Philadelphia: Lea and Blanchard, 1845).

- Fava, Maurizio, Davidson, Katharine G., "Definition and epidemiology of treatment-resistant depression", in, *Psychiatry Clinical North American*, 19, 1996, 179-200.
- Freud, Sigmund, *Trauer Und Melancholie*, in: *Gesamelt Werke*, (London: Imago Publishing Co. Ltd., 1917/1949).
- Fuchs, Thomas, "Corporealized and Disembodied Minds: A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia", in, *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 2, 2005.
- Fuchs, Thomas, "Melancholia as a Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time", in, *Psychopathology*, 34, 2001.
- Fuchs, Thomas, "Presence in Absence: The Ambiguous Phenomenology of Grief", in, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17: 43-63, 2018.
- Fuchs, Thomas, *Psychopathologie von Leib und Raum: Phanomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen*, (Darmstadt: Steinkopff, 2000).
- Fuchs, Thomas, "Temporality and Psychopathology", in, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12,1, 2013.
- Fuchs, Thomas, *et al*, *The Embodied Self: Dimensions, Coherence and Disorders*, (Stuttgart: Schattauer, 2010).
- Fuchs, Thomas, "The Phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression", in, *Journal of Phenomenological Psychology*, 33, 2002.
- Fuchs, Thomas, "The Temporal Structure of Intentionality and Its Disturbance in Schizophrenia", in, *Psychopathology*, 40, 2007.
- Gebsattel, Viktor E. V., *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, (Berlin: Springer, 1954).
- Humphries, Patrick, *Nick Drake: The biography*, (London; Bloomsbury, 1997).
- Husserl, Edmund, *On the Phenomenology of the Consciousness of Internal Time*, (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1991).
- Jaspers, Karl, *General Psychopathology*, (Chicago: The University of Chicago Press, 1963), 55.
- Kallivayalil, Roy Abraham, "The Burgholzi Hospital: Its History and Legacy", in, *Indian Journal of Psychiatry*, 58(2), 2016, 226-228).
- Kierkegaard, Soren, *Sickness unto death: A Christian psychological exposition of edification and awaken*, (New York: Penguin, 1989).
- Klerman, Gerald, *et al*, "A debate on DSM-III", in, *American Journal of Psychiatry*, 141:539-53, 1984.
- Kraepelin, Emil, *Clinical Psychiatry*, Sixth Edition, (London: The Macmillan Company, 1902).
- Kuiper, Piet, *Seelenfinsternis: Die Depression eines Psychiaters*, (Frankfurt: Fisher, 1991).
- Laing, Ronald David, "Minkowski and Schizophrenia", in, *Review of Existential Psychology*, XI, 1963.
- Lally, John, *et al*, "Simple Schizophrenia: a forgotten diagnosis in Psychiatry", in, *Journal of Nervous Mental Disorders*, 207, 2019.
- Lewis, A., "The Experience of Time in Mental Disorder", in: *Inquiries in Psychiatry*, (London: Routledge and Kegan Paul, 1967).

- Lieberman, Jeffrey A., *Psiquiatras: uma história por contar*, (Lisboa: Círculo de Leitores, 2016).
- Macedo, António, *et al*, “Diagnóstico e classificação em psiquiatria”, in: *Tratado de Psiquiatria*, (Lisboa: Lidel), (no prelo).
- Making Waves: The Art of Cinematic Sound. Dir. Midge Costin, Ain’t Heard Nothin’ Yet Corporation, 2019.
- Malhi, Gin S., Mann, John, “Depression”, in, *Lancet*, 392, 2018.
- Matthews, Eric, *The Philosophy of Merleau-Ponty*, (Montreal & Kingston: McGill-Queen’s University Press, 2002).
- McGorry, Patrick D., *et al*, “Diagnostic concordance in functional psychosis revisited: a study of inter-relationships between alternative concepts of psychotic disorder”, in, *Psychological Medicine*, 22, 1992.
- Merleau-Ponty, Maurice, *Phénoménologie de la perception*, (Paris: Galimard, 1945).
- Merleau-Ponty, Maurice, *The Primacy of Perception, And Other Essays On Phenomenological Psychology, the Philosophy of Art, History and Politics*, (Illinois: Northwestern University Press, 1964).
- Minkowski, Eugène, “Du symptôme au trouble générateur”, in, *Archives Suisses de neurologie et de psychiatrie* 22, 1928.
- Minkowski, Eugène, “La schizophrénie et la notion de maladie mentale (sa conception dans l’oeuvre de Bleuler)”, in, *L’Encéphale XVI*, 5, 1921, 249.
- Minkowski, Eugène, *La schizophrénie, Psychopathologie des Schizoides et des schizophrènes*, (Paris: Éditions Payot, 2002).
- Minkowski, Eugène, “Les Regrets Morbides: Contribution à l’étude des attitudes schizophréniques”, in, *Annales médico-psychologiques*, 83, 2, 1925.
- Minkowski, Eugène, *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*, (Chicago: Northwestern University Press, 1970).
- Minkowski, Eugène, “Phénoménologie et analyse existentielle em psychopathologie”, in, *L’évolution Psychiatrique*, 11, 1948, 145.
- Mishara, Aaron, “On Wolfgang Blackenburg: Common Sense and Schizophrenia”, in, *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8 (4), 2001.
- Murray, Chistopher, *Islands Of Memory: Andrei Tarkovsky’s Science-fiction Films*, in: *Alienation and Resistance: Representation in Text and Image*, (Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, 2010).
- Nagel, Thomas, *The View From Nowhere*, (Oxford: Oxford University Press, 1986).
- Nietzsche, Friedrich, *Zur Genealogie der Moral*, (Berlin: De Gruyter, 1968).
- Otte, Christian *et al*, “Major Depressive Disorder”, in *Nature*, 2, 2016.
- Oyebode, Femi, *Sims’ Symptoms in the Mind*, (London: Elsevier, 2018).
- Paula Rego, *Secrets & Stories*, Dir. Nick Willing, Kishmet Films for the BBC, 2017.
- Pereira, José Morgado, *A psiquiatria em Portugal: Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*, (Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015).

- Philips, David P., "The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther Effect", in *American Sociological Association*, 39(3), 1974.
- Pinel, Philippe, *A Treatise on Insanity*, (Sheffield: Cadell and Davies, 1806).
- Pio Abreu, José Luís, *Elementos de Psicopatologia Explicativa*, (Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).
- Pio Abreu, José Luís, *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*, (Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002).
- Pio Abreu, José Luís, *O Bailado da Alma*, (Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2014).
- Platt, Sylvia, *The Bell Jar*, (London: Faber and Faber Ltd., 2009).
- Plessner, Helmuth, *Die Stufen des Organischen und der Mensch*, (Frankfurt am Main: Gesammelte Schriften IV, 1981).
- Ramsey, R. W., "Behavioural approaches to bereavement", in *Behavioural Research and Therapy*, 5, 1977.
- Rosenthal, Norman E., "Seasonal Affective Disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy", in *Archives of General Psychiatry*, 41, 1, 1984.
- Rumeysa, Merve, "Perception and Time-Experience in Merleau-Ponty and Bergson", in *Uludag University Faculty of Arts and Sciences Journal of Philosophy*, 23, 2014.
- Sadock, Benjamin, Sadock, Virginia, Pedro Ruiz, *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*, (Porto Alegre: Artmed, 2017).
- SANE Black Dog Campaign, 2011, retirado de: <https://www.sane.org.uk/news-campaigns-media/campaigns/black-dog-campaign>.
- Schaffer, Eva Rose, "A Review if the Werther Effect and Depictions of Suicide: 13 Reasons Why", in *UC Merced Undergraduate Research Journal*, 10(2), 2018.
- Shorter, Edward, *History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, (Canada: John Wiley & Sons, 1997).
- Stanghellini, Giovanni, et al, *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, (Oxford: Oxford University Press, 2019).
- Stanford Encyclopedia of Philosophy, "Maurice Merleau-Ponty", 2016, retirado de: <https://plato.stanford.edu/entries/merleau-ponty/>.
- Stern, Daniel N., *The Interpersonal World of the Infant*, (New York: Basic Books, 1985).
- Strauss, Erwin, "Das Zeiterlebnis in der endogen Depression und in der psychopathischen Verstimmung", in *Monatsschrift fur Psychiatrie und Neurologie*, 68, 1928).
- Styron, William, *Darkness visible: a memoir of madness*, (United Kingdom: Vintage Publishing, 1990).
- Tarkovsky, Andrei, *Sculpting in time: reflections on the cinema*, (Austin: University of Texas Press, 1988).
- Tellenbach, Hubertus, *Melancholy: History of the Problem, Endogeneity, Typology, Pathogenesis Clinical Considerations*, (Pittsburgh: Duquesne University Press, 1980).
- Theunissen, Michael, *Negative Theologie der Zeit*, (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991).

Thones, Sven, Oberfeld, Daniel, "Time Perception in Depression: A Meta-Analysis", in, *Journal of Affective Disorders*, 175, 2015.

Umbelino, Luís António, "Fenomenologia e Ontofenomenologia do Tempo em Merleau-Ponty", in, *Reflexão, Campinas*, 34(95), 2009.

Umbelino, Luís António, "Filosofia do corpo e inventário da dor: Elementos para uma fenomenologia da experiência do membro-fantasma", in, *Revista Filosófica de Coimbra*, nº 51, 2017.

Umbelino, Luís António, "Maine de Biran e Henri Bergson: Leituras Contemporâneas de uma Tese Partilhada", in, *Revista Ideação*, 37, 2018.

Vaz, João Machado, *Schizophrenia, Minkowski, & Bergsonism*, (Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2018).

Vos, Theo, *et al*, "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for Global Burden of Disease Study 2013", in, *Lancet*, 386, 2015.

Wyllie, Martin, "Lived Time and Psychopathology", in, *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 2006, 173.

World Health Organization, "Depression", 2021, retirado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

World Health Organization, "Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level", Executive Board, 103<sup>th</sup> session, 2011, 1.

World Health Organization, *ICD-11: International classification of diseases*, 11<sup>th</sup> Edition, 2019, retirado de: <https://icd.who.int/>, 2019.

World Health Organization, "Suicide", 2021, retirado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Zhdanava, Maryia A., *et al*, "The prevalence and national burden of Treatment-Resistant Depression and Major Depressive Disorder in the United States", in, *Journal of Clinical Psychiatry*, 82:2, 2021.