

# Fenomenologia da Dor Moral

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (\*)  
ANA BRANCO (\*\*)

«Com a treva a formar-se-lhe dentro do coração. Há-de subir-lhe aos olhos e matá-lo.»

Teixeira de Pascoaes

A depressão é um estado complexo no qual é possível distinguir vários componentes: dor psíquica, ansiedade, sentimento de culpa, preocupação e agitação. Como se sabe, as suas causas podem ser múltiplas e, ao mesmo tempo, a sua expressão sintomática e variável. Porém, implica quase invariavelmente uma vivência de infelicidade mais ou menos permanente e experimentada dolorosamente. Mas, quando se fala em «dor moral» a referência é o devastador estado de hipertimia dolorosa vivenciado nas melancolias.

Em relação à natureza do objecto, o que se passa é que a dor moral é um fenómeno psíquico, isto é, integra aquilo a que chamamos mente. Esta, só é abordável directamente apenas pela subjectividade, isto é, através da minha mente e a dor do outro. Assim, o problema é aqui o de obter conhecimentos sobre um objecto subjectivo, o que envolve desde logo uma fenomenologia descritiva dos fenómenos que aparecem à consciência no estar deprimido.

Do ponto de vista dos sintomas observáveis (conceito fenomenológico que traduz os modos como se manifesta a doença), o deprimir-se pode apresentar-se de várias maneiras, que são os diferentes modos de estar triste. Entre estes fala-se em «tristeza vital» para designar o humor intensamente deprimido que aparece somaticamente vivenciado em sensações corporais difusas com o aspecto das depressões melancólicas.

Somos, portanto, remetidos para o conceito de afectividade sintética de base ou holotímica, isto é, para o conjunto de afectos que cabem na experiência sensível imediata — humor, emoções e sentimentos.

Neste sentido falou-se em sentimentos vitais (holotímicos ou endógenos) e a tristeza vital foi entendida como transtorno dos sentimentos vitais em que o sujeito experimenta a tristeza como associação inseparável de um sentimento psíquico com um mal-estar corporal difuso e insuportável.

Com ausência de capacidade para se alegrar (e para se entristecer), sensação de vazio, aborrecimento, abatimento, desalento, pessimismo, falta de esperança, vivências de culpa e desejo de suicídio, a tristeza vital encontra-se com maior frequência nas depressões melancólicas, embora também se possa encontrar nas depressões reactivas das pessoas idosas, nas quais a bipolaridade endógeno-reactiva tende a atenuar-se. O conceito de «endogeneidade» refere-se à proveniência da esfera corporal, envolvendo um aspecto negativo de fenómeno espontâneo, psicologicamente não analisável, e um aspecto

---

(\*) Médico Especialista em Psiquiatria, equipa de Oeiras-Almada (Chefe de Equipa) — Dr. Leão de Miranda, Hospital Miguel Bombarda (Lisboa). Assistente de Psicopatologia Clínica do Adulto (Professor convidado — Dr. J. Azevedo e Silva), Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Lisboa).

(\*\*) Estagiária do 5º ano de Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Lisboa).

positivo de resposta aos meios biológicos de tratamento e à privação do sono. Trata-se, essencialmente, de uma alteração de humor que aparece repentinamente, de modo imprevisível e aparentemente sem causa.

Sob a forma de tristeza também corporalmente vivenciada, a essência do humor melancólico é um fundo endógeno de dor moral, constituído por sentimentos intensos de aborrecimento, desgosto, desencorajamento, desespero e lamentação. Nesta perspectiva, falou-se também em tristeza «activa» ou tristeza com dor moral para designar a intensificação dos sentimentos negativos de valor pessoal (insuficiência, incapacidade, insegurança e falta de confiança em si mesmo), que depois se exprime nas ideias delirantes de culpa, ruína e hipocondria. Todavia, do ponto de vista fenomenológico, mais do que um sintoma da melancolia, a dor moral está na essência mesmo do ser melancólico, ou seja, constitui um fenómeno onde se manifesta o caracter do ser da presença melancólica ao mesmo tempo que se transforma em elemento constitutivo de toda a existência do sujeito.

O deprimir-se sob a forma de tristeza vital conhece dois modos diferentes de aparecimento: agudo e insidioso.

A tristeza vital que se produz de forma aguda instala-se subitamente em poucos dias ou numa semana. A experiência interna é de vazio emocional e de perda de interesse que o sujeito habitualmente manifesta pelas coisas que o rodeiam, sem que exista motivo fenomenológico compreensível que tenha actuado como desencadeante. Isto é: não é possível estabelecer conexões de sentido com vivências ou estados psíquicos anteriores, no sentido de Jaspers. Surgindo da vitalidade, é experimentada em sensações corporais difusas, está também ligada ao corpo como vivência fenomenológica e denota oscilação circadiana relativamente característica. Por seu turno, a conduta caracteriza-se por retraimento, lentificação psicomotora, diminuição ou perda de iniciativa, insónia grave e sintomas corporais intensos, entre os quais se destacam anorexia, emagrecimento, obstipação e amenorria.

A tristeza vital que se produz de forma insidiosa tem como ponto de partida a angústia

vital que, tal como foi conceptualizada por Lopez-Ibor, é angústia sem motivo psicológico compreensível, sem conteúdo mental e que se acompanha também por sensações corporais difusas. Da angústia vital surge primeiramente o aborrecimento, isto é, o sujeito sente-se invadido por um sentimento de vazio e de neutralidade face a tudo o que o rodeia. Há como que uma neblina silenciosa que o envolve numa indiferença singular. O conteúdo é o da detenção do tempo, na qual o sujeito escrutina matematicamente o discorrer infinitesimal dos minutos e das horas, que nunca mais acabam de passar. Aborrecido, o sujeito tem muitas vezes que fazer coisas, numa hiperactividade que tenta pôr cobro aos instantes terríveis ou, então, refugia-se no sono. É aqui que a ameaça da depressão é, na essência, uma ameaça de vazio, de perda de vitalidade, energia e vigor, podendo o sujeito defender-se intensificando as suas actividades habituais ou introduzindo variantes para obter maior grau de excitação.

Mais tarde, a persistência do aborrecimento vai dar lugar à melancolia, já marcada pelo desespero e pela falta de esperança. Desesperado o sujeito experimenta uma afectação das suas relações com o futuro ou, se quisermos, com o espaço mais ligado à dimensão futura da temporalidade — «Estou sem saída. Não vejo saída para mim!». Neste desespero, o sujeito queima as suas últimas esperanças, ou seja, aquilo que é capaz de alimentar a existência. Há ainda aqui uma certa actividade, uma acção desesperada que tende a procurar uma saída para a situação presente. Porém, quando o desespero atinge o seu zénite, o sujeito entrega-se ao irremediável. Perdição totalmente a tensão em relação ao futuro, a falta de esperança é a porta aberta para o suicídio, que vem libertar o sujeito do espectáculo sombrio e devastador que preenche as suas vivências internas.

Mas a melancolia não é somente tristeza, remorso e medo mas sim um transtorno muito mais profundo, uma catástrofe psíquica que se produz nas profundidades do ser. Assim, quando a tristeza é aterrorizadora e contém um sofrimento penoso e intolerável fala-se em «dor moral», uma dor psíquica que ultrapassa todas as outras dores em intensidade. Proveniente das profundezas do ser, a dor moral tem uma intensidade atroz que avassala a existência do

sujeito. Evolui num fundo cenestésico sentido como mal-estar corporal difuso e acompanha-se por sentimentos de desgosto, desencorajamento, impotência e desgraça inelutável.

A estrutura da dor moral é a do pessimismo, uma implicação da consciência na infelicidade, no moral e na destruição, que reforça a perda de iniciativa e apaga completamente a perspectiva do êxito e o sentimento de utilidade. Relaciona-se com a ruminação monótona de conteúdos depressivos e prolonga-se na culpa e nos delírios. Do ponto de vista fenomenológico, não interessa de que é que o sujeito se culpa, mas sim, como se culpa, isto é, o modo como a culpa se dá à consciência. Então a vivência de culpa aparece com: sentimento de pesar (o do «peso» da culpa), angústia relacionada com a impotência para desfazer o já feito, afectação da totalidade da vida psíquica no seu conjunto e dilatação do presente por reiteração de conteúdos do passado. A referência temporal da culpa é o passado — culpa e passado formam uma equação inseparável — e aparecem claramente, na consciência, acontecimentos do passado que pesam com indignidade.

A dor moral é um dos sinais patognomónicos das depressões melancólicas e pode ser analisada fenomenologicamente a partir das alterações do tempo, do espaço e do corpo vividos, isto é, das formas pessoais e internas como tempo, espaço e corpo são experimentados pelo sujeito como realidades fenomenológicas, com tonalidade e impregnação afectivas.

No contexto depressivo é possível descrever várias alterações do tempo vivido, entre as quais se destacam a bradicronia, a ausência de consciência do tempo, a inibição do devir subjectivo e a alteração da consciência do passado.

Após uma ilusão da duração do vivido na qual aparece uma vivência de lentificação do tempo, este pode deixar de ser vivenciado e tudo parece quieto, numa espécie de vazio sem tempo — a realidade deixa de ter actualidade temporal e tudo parece imóvel e parado («A vida parou definitivamente!»).

Desmoronada a experiência de sucessão, o sujeito já não tem nada para o tempo e a sua propulsão em direcção ao futuro fica

comprometida. Esta vivência de bloqueamento do futuro é terrível e tudo parece descansar sobre o passado em que a qualidade do vivido recebe todo o carácter negativo do humor básico actual e aparece preenchido por significados pejorativos que suscitam culpa e autocondenação.

Nesse sentido, a consciência do ser melancólico é sustentada por uma inversão temporal da sua intencionalidade e a melancolia aparece como um presente onde não há outra coisa que passado, uma doença do tempo, na qual o tratar com a temporalidade — ou seja, a vivência de estar dirigido para um devir onde a consciência do presente se situa entre o passado (como recordação) e o futuro (como projecto) — se encontra profundamente alterado.

Também o espaço vivido é experimentado pelo sujeito com vivências penosas, entre as quais se destacam: redução subjectiva do ser psíquico e corporal, sentindo-se o sujeito aprisionado ou estenosado; diminuição da capacidade de sintonizar com o «lá fora», apresentando-se o sujeito sombrio e recolhido, de tal maneira que a distância vivida é muito longa; dificuldade em «habitar» o espaço realizando actividades, com a vivência de que tudo aparece «pesado» e desprovido de acção; redução da própria existência com tristeza, apatia e desespero vividos no plano histórico-vital («A vida não vale a pena. Tantas dificuldades para depois desaparecer. Isto não tem sentido!»).

A linguagem do corpo vivido é o sofrimento e a dor. Esta, aparece associada a sensações corporais mais ou menos difusas, com localização em partes específicas do corpo — abdómen, cabeça e peito — frequentemente com sensação de vazio. Mas liga-se também às vivências delirantes hipocondríacas, com convicções de estar doente, de incurabilidade de apodrecer e corromper-se e, por último, de ficar completamente aniquilado. É a vivência da própria putrefacção — frequentemente acompanhada por correspondentes olfactivos de cheiro a podridão ou a cadáveres exalado do próprio corpo (autodisosmofobia) — que pode prolongar-se em autorrelação e no delírio de negação de Cotard.

Minkowski analisou os sentimentos

melancólicos dando ênfase particular às alterações do tempo vivido, particularmente porque a dimensão temporal da vida se encontra radicalmente de-estruturada:

— O futuro está inteiramente bloqueado com a ideia de catástrofe iminente. Sem devir, o sujeito fica na posição de condenado à morte.

— O passado imobiliza-se sobre a forma de vivências de culpa e o sujeito caminha inexoravelmente para ele.

— O presente é negado por ideias de ruína e de indignidade.

À luz dos conceitos de Heidegger sobre a temporalidade, a melancolia resulta então, para Minkowski, do preenchimento do vazio do tempo pelo tema da morte e o aborrecimento é o corolário da impossibilidade de ser e de vir a ser. Impotente para viver, o sujeito tem necessidade de não existir mais, já que o futuro deixa de ter valor de trajectória, de antecipação e fica desprovido de sentido. A impotência do futuro dá lugar às faltas, desgraças e remorsos do passado indefinidamente ruminados, com rejeição sistemática de todas as recordações felizes. O mundo fica então reduzido à catástrofe e à humilhação.

Para Henri Ey, o melancólico pratica a tática da terra queimada sobre a sua própria existência, negando o presente para se situar no passado, inexoravelmente submetido à infelicidade. Esta afecta-o nas preocupações primordiais — ser para si (hipocondria), ser para o outro (culpa) e ser para algo (ruína). O transtorno fundamental é a estrutura negativa formada por perda da actividade sintética do pensamento (com abulia e lentificação), transtorno da consciência (que pode ir da obnubilação imperceptível ao estupor) e de-estruturação temporal da consciência. Por seu turno, a estrutura positiva englobaria simultaneamente a tragédia da existência, a angústia e a necessidade de submissão a uma espécie de imperativo categórico do infortúnio e do Mal.

Na perspectiva de Tellenbach os ingredientes da dor moral já estariam presentes na situação pré-melancólica por intermédio de duas constelações básicas da personalidade. Nesta, o

primado da ordem e do cumprimento do dever ligar-se-ia a uma vinculação à ordem e ao sentido agudo do dever e a um vivido de falta com sensibilidade extrema às vivências de culpa. Na ordem espacial e temporal considerou os conceitos de remanência e de includência.

A includência refere-se à espacialidade onde o sujeito se insere, quase sempre lançado numa existência demasiado estreita na qual há uma ordenação geométrica. Quando há uma situação de mudança (no quadro familiar, profissional ou simplesmente de casa) há uma ameaça de desordem, uma fragmentação do próprio mundo e uma exigência existencial para descobrir novas conexões de referência.

A remanência refere-se à situação temporal do sujeito, que luta constantemente contra o sentimento de falta. Permanece atrás de si mesmo, enclausurado nas suas próprias exigências, não podendo defender-se delas. Há como que uma incapacidade para superar o passado, aglomerando facilmente uma vivência de culpa de não ter cumprido.

Essas duas constelações aparecem patogenicamente na transformação endógeno-melancólica, isto é, mobilizam a endogeneidade.

O sujeito fica aprisionado na sua dor moral e nada mais pode existir. Tudo é dor e deixa de ser possível manifestar sentimentos. Então, a incapacidade para a própria tristeza é o núcleo paradoxal do vivido melancólico, experimentado na anestesia afectiva.

Devastando avassaladoramente todo o ser melancólico, a dor moral é opaca, isto é, não deixa filtrar nada do exterior — um verdadeiro muro de dor ergue-se entre o sujeito e o mundo. Assim hermética, a dor moral infiltra toda a existência do sujeito, isto é, aparece como um fenómeno constitutivo da existência. Neste particular, é pertinente constatar que quando um sujeito recupera duma depressão e recai novamente, sente como se tivesse estado deprimido todo o tempo, parecendo esquecer o período intermédio de bem estar. A este aspecto do ser melancólico aplicou-se também o conceito de palimpsesto.

Como assinalou Heidegger, «a existência é um projecto montado sobre a temporalidade... Tem um horizonte, um destino». Porém, na

melancolia, a existência desmorona-se, na medida em que não há um projecto. O desespero resultante da impossibilidade de projectar-se no futuro, o vazio emocional e a carga penosa do passado autopejorativo só podem ter cabimento para a morte.

#### REFERÊNCIAS

- Archambault, J. C. (1981). *Phénoménologie de la Douleur Morale*. Les Séminaires du GIRAD (1980-81): 196-201. Les laboratoires Servier.
- Binswanger, L. (1971). *Introduction a l'analyse existentielle*. Paris: Ed. de Minuit.
- Carvalho Teixeira, J. A. & Rezende, I. P. (1985). Depressões — Aspectos fenomenológicos e existenciais. *Psiquiatria Clínica* 6 (4): 217-221.
- Castilha del Pino, C. (1981). *La Culpa*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cid, S. (sem data). *Apontamentos de Psiquiatria*. Ciba-Geigy (Ed.).
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, Ch. (1980). *Tratado de Psiquiatria*. Toray-Masson.
- Ey, H. (1954). Etude n°22, La Mélancolie. *Etudes psychiatriques*, tome 3. Desclée de Brower.
- Fernandes, B. (1974). Dos modos de se deprimir e restabelecer a personalidade. *Jornal do médico*, LXXXIV, 1954.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia Geral*. Livraria Atheneu.
- Labhardt, F. (1984). Até onde pode uma psicose ser endógena? *Hexágono Roche*, 11 (1): 10-17.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Gallimard, Idées.
- Minkowski, E. (1968). *Le Temps Vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*. Neuchatel: Delachaux et Niestlé.
- Ostow, M. (1985). *La Depresion: Psicología de la Melancolia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pascoaes, T. de (1985). *O Penitente (Camilo Castelo Branco)*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Rojas, E. (1981). *Psicopatologia de la Depresion*. Salvat.
- Scharfetter, Ch. (1977). *Introducción a la Psicopatologia General*. Madrid: Ed. Morata.
- Schneider, K. (1974). *Psicopatologia Clínica*. Ed. Paz Montalvo.
- Shulte, W. & Tölle, R. (1975). *Psychiatrie*. Heidelberg: Springer.
- Tatossian, R. (1979). *Phénoménologie des Psychoses*. Masson.
- Tellenbach, H. (1979). *La Mélancolie*. Paris: P. U. F., Coll. Psychiatrie Ouverte.
- Vários (1973). Etats Depressifs. *Cahiers de Médecine*, 14 (7): 471, 484-485.
- Weitbrecht, H. J. (1970). *Manual de Psiquiatria*. Ed. Gredos.

**DELACHAUX & NIESTLÉ**

**ACTUALITÉS PÉDAGOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES**

Collection dirigée par

***Jean-Paul Bronckart et Pierre Mounoud***

*Dans la même collection:*

*J.-P. Bronckart & coll.*  
**Le Fonctionnement des Discours**  
Un modèle psychologique  
et une  
méthode d'analyse

*J.-P. Bronckart, M. Kail &  
G. Noizet*  
**Psycholinguistique de  
l'Enfant**  
Recherches sur  
l'acquisition du langage

*M. Duru-Bellat*  
**Le Fonctionnement de  
l'Orienteur**  
Genèse des inégalités  
sociales à l'école

*M. Fayol*  
**Le Récit et sa  
Construction**  
Une approche de  
psychologie cognitive

*A. Giordan & G. De  
Vecchi*  
**Les Origines du Savoir**  
Des conceptions des  
apprenants aux concepts  
scientifiques

*J. Houssaye*  
**École et Vie Active**

**Andrew W. ELLIS**

**LECTURE, ECRITURE  
ET DYSLEXIE**

**Une Approche cognitive**

**DELACHAUX & NIESTLÉ**

*G. Paicheler*  
**Psychologie des Influences  
Sociales**  
Contraindre, convaincre,  
persuader

*B. Schneuwly*  
**Le Langage Écrit Chez  
l'Enfant**  
La production des textes  
informatifs et argumentatifs