

Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria¹

Marco Antônio Rotta Teixeira²

Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Unesp

Resumo: Uma das principais formas de manifestação do sofrimento psíquico presente no final do século passado foi a depressão, tendo ficado comum se referir a tal período como “era das depressões” (Roudinesco 1998, 1999) em comparação ao final do século XIX, que fora marcado pela histeria. Muitos estudos dedicaram-se a compreender a depressão e notam-se claramente duas correntes oriundas do século XIX que se desenvolveram concomitantemente no século XX: a psicanálise e a psiquiatria. Este trabalho pretende apresentar um resgate histórico da melancolia desde seus primeiros registros, há cerca de dois mil anos. Em seguida, realizar uma análise conceitual destes termos na psicanálise e na psiquiatria.

Introdução

A depressão figura como uma das principais formas de manifestação do sofrimento psíquico presente na contemporaneidade, sendo comum a referência a este período como “era das depressões”, em comparação ao final do século XIX, que foi marcado pela histeria (Roudinesco, 1998, 2000).

Muitos autores dedicaram-se a compreender a depressão como o mal da contemporaneidade, ou da pós-modernidade, como preferem alguns estudiosos, e passaram a correlacioná-la com a organização social, econômica e política predominante neste tempo (Birman, 2001, 2006; Fuks, 1999). As relações interpessoais frágeis e superficiais, a valorização exacerbada da imagem (aparência) e as formas de sofrimento psíquico predominantes na pós-modernidade, estariam fortemente correlacionadas e refletiriam uma sociedade na qual reina a lógica do espetáculo e uma cultura do narcisismo (Birman, 2001; Fuks, 1999). A depressão, juntamente com outras doenças chamadas de “as novas patologias”, ganhou status de efeito colateral da pós-modernidade, e com isso o número de trabalhos sobre essa problemática cresceu em escalas geométricas. Entretanto, embora estejam fortemente relacionadas aos problemas de nossa época, essas formas de sofrimento psíquico já existem há muito tempo. A depressão ou a síndrome do pânico, por exemplo, não são novidades – e isso é importante frisar – mas passaram apenas a ser *predominantes*, de maneira que podemos conjecturar que a pós-modernidade atinge diretamente alguns

¹ Artigo desenvolvido no Grupo de Pesquisa: Subjetividades e Psicanálise – práticas clínicas e educacionais – UNESP- Assis, 2005.

² Psicólogo, Mestre em Psicologia pela FCL UNESP-Assis e Psicoterapeuta em formação pelo Núcleo de Psicanálise de Marília e Região/UNIVEM. Email - rottateixeira@yahoo.com.br

elementos específicos na vida mental do sujeito (como os narcísicos ou melancólicos, por exemplo), e assim produzem formas de sofrimentos psíquicos específicos. Desta forma, por meio de uma contextualização histórica, compreende-se facilmente por que a histeria assolou a Europa no final do século XIX. A relação entre sofrimento psíquico e contexto histórico é, portanto, absolutamente pertinente, embora a busca da compreensão dos fenômenos psíquicos que cercam a depressão já ocorra há mais de dois milênios. E a contemporaneidade não foi a primeira vítima da depressão. Já houve diversas épocas no passado em que ela se tornou predominante.

Em um estudo que almeja abordar a problemática que abarca os estados depressivos, esbarra-se rapidamente em uma dificuldade de consenso e de definição dos termos depressão e melancolia, os quais corriqueiramente se confundem. Mesmo com o ganho de atenção que a depressão adquiriu juntamente com o desenvolvimento científico do século XX, Moreira (1992) afirma que a bibliografia sobre o tema depressão-melancolia é fértil em afirmar a falta de consenso e a diversidade de definições, mesmo em trabalhos psicanalíticos. Mas há diferença entre depressão e melancolia? São estados similares ou diferentes? A resposta para estas perguntas vem ao encontro da confusão existente em torno desta condição psíquica. Existe um número excessivo de diferentes manifestações depressivas e melancólicas que seria necessário criar uma classificação diferente para cada caso estudado mais a fundo (Solomon, 2002).

A palavra confusão não foi escolhida aqui por acaso, é a mais apropriada para se referir à condição daquilo que se acha confundido, misturado ou ainda à impossibilidade de reconhecer diferenças ou distinções e à falta de clareza em relação ao problema que envolve tanto os termos melancolia e depressão, quanto a falta de discriminação destes estados.

Este artigo é uma tentativa, não de resolver tal problemática, mas de discriminar os elementos que se encontram em plena (con) fusão, buscando seus motivos, origens e implicações, para assim abrir caminho para um estudo psicanalítico da melancolia.

Melancolia e Depressão: terminologia e contexto histórico

Melancolia é o termo mais antigo para a patologia dos humores tristes. Entretanto, nem sempre esteve sob o domínio do campo psiquiátrico, psicanalítico ou filosófico. O termo e suas diferentes formas de uso estão relacionados com sua história: é muito antigo, anterior ao advento das ciências modernas. Suas origens remontam à Grécia antiga, alguns séculos antes de Cristo, época em que arte, tragédia e filosofia se encontravam nas obras de arte, nos escritos literários trágicos, nos textos da antiga filosofia de Aristóteles e nas produções da pré-história médica, daquele que é considerado o pai da medicina – Hipócrates. Também na Bíblia encontramos a presença da melancolia, a velha imortal que resistiu aos tempos, arrolou-se pelos séculos, habitou os velhos mosteiros, vagou errante pelas terras medievais, presenciou o nascimento das grandes cidades, sucedeu à terrível peste negra, adentrou o renascimento, foi musa do romantismo e resistiu fortemente até meados do século XIX, período em que foi substituída pela depressão (Scliar, 2003).

Viajemos de volta no tempo, guiados por estudiosos da melancolia³, em busca de registros históricos de sua presença, desde suas origens: Oriente Médio, Israel. Encontramos a melancolia nos textos da Bíblia, no Antigo Testamento, por volta de 900 a.C. Ela aparece de maneira mais notável em Saul, o “melancólico” rei de Israel, nomeado ao trono por Samuel. Porém, Scliar (2003) nos adverte: “Melancólico é o adjetivo que mais comumente se aplica a ele (não porém no texto bíblico: o termo só surgiria séculos depois)” (p.64). Isto quer dizer que, nesta referência, a melancolia se apresenta como estado, não como termo. O rei Saul, após desobedecer a algumas determinações de Samuel (seu antecessor e simbólica figura paterna de proteção e orientação divina), é acometido por um “mau espírito” – que depois seria comumente conhecido como a “melancolia do rei”. Nesta, seu estado de ânimo fica abalado e a culpa pela transgressão às ordens de Samuel o castiga. Saul acaba suicidando-se: “Transgressor, Saul atrai sobre si o anátema. Daí seu sofrimento psíquico. A transgressão causa culpa, e esta torna o rei vulnerável ao ‘mau espírito’, à melancolia, contra a qual Saul reage com agressividade.” (Scliar, 2003, p.66). A causa da melancolia de Saul é transcendente, resultado de uma ira divina.

Do Oriente Médio para o mundo grego da era clássica, o sofrimento melancólico é encontrado na *Ilíada* (cerca de 850 a.C.) de Homero, na descrição do sofrimento do herói Belerofonte (canto IV, versos 200-203). Após cometer a grave infração de tentar ascender ao Olimpo, a cólera dos deuses se abate sobre o herói, que é condenado a vagar na solidão e no desespero. Nesta época da antiguidade grega, atribuíam-se as causas dos desvios e aberrações do comportamento humano a vontades transcendentes, dos deuses ou das Erínias. Assim, todo descontrole mental era entendido como algum tipo de interferência sobrenatural. Segundo Pessotti, “o comportamento irracional, insensato é determinado por uma ordenação transcendente à consciência do homem. O caráter mitológico ou ‘psicológico’ ou metafísico dessa ordem não é relevante aqui.” (Pessotti, 1994, p.17). O autor destaca, também, que a melancolia de Belerofonte seria a primeira forma clássica de loucura; neste sentido, a *Ilíada* de Homero caracterizaria o primeiro modelo teórico de loucura.

Na tragédia grega, por volta do século V a.C., encontramos a melancolia nos textos de Ésquilo e Eurípides. No primeiro, a concepção de loucura oscila entre uma visão puramente mítico-religiosa – como a de Homero – e a que admite no interior do próprio homem a causa do distúrbio mental. A loucura de Orestes, personagem de Ésquilo, é considerada profundamente melancólica, fruto de conflitos impostos por destinos que transcendem qualquer possibilidade de escolha individual (Pessotti, 1994, p.26). Orestes recebe a ordem de Apolo para matar sua mãe e assim vingar o assassinato de seu pai. Entretanto, não obedece à ordem do oráculo, entrando em um terrível tormento, que assume todas as características de um conflito melancólico.

Eurípides descreve a loucura como um conflito interno do homem, entre suas paixões e as normas sociais, entre o desejo e a repressão, entre a razão e a emoção. Assim, o autor descreve a loucura triste de Fedra, fruto de um conflito decorrente de uma paixão adúltera. Segundo Pessotti (1994), “Nessa tragédia a loucura, entendida como desequilíbrio de

³ Os principais autores a tratar do tema são: Ginzburg, 2001; Peres, 1996, 1999, 2003, Pessotti, 1994; Scliar, 2003; Solomon, 2002.

origem passional, ingressa no pensamento ocidental, ao lado do desejo sexual e da morte.” (p.32). Fedra cai melancólica por um conflito entre paixão e proibição social. A personagem teme tanto a censura social quanto o que mais tarde Freud chamará de “força da libido”. Na obra de Eurípides, a loucura se psicologiza, fato que representa o nascimento da concepção do homem como dotado de uma individualidade intelectual e afetiva.

Dois escritos fundamentais devem ser tomados como marcos na história da melancolia, por serem os responsáveis pelas noções de melancolia que irão prevalecer até o início da era moderna. O primeiro é o conhecido *Corpus Hipocraticus*, de Hipócrates, e o segundo a *Problemata XXX* de Aristóteles.

No século V a.C. a melancolia se apresenta nos escritos de Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina, a quem se atribuiu a origem daquele termo, o qual é definido “como um estado de tristeza e medo de longa duração” (Ginzburg, 2001; Scliar, 2003, p. 68-69). Hipócrates considera duas formas de melancolia: a endógena, aquela que aparece sem motivo aparente; e a exógena, que surge em resultado de um trauma externo. Nas palavras de Scliar (2003), “A melancolia, sintetizou o ‘pai da medicina’, é a perda do amor pela vida, uma situação na qual a pessoa aspira à morte como se fosse uma bênção.” (p.70). É por meio da “teoria dos humores” que Hipócrates explica a melancolia. O temperamento dependia do equilíbrio de quatro humores básicos no corpo – sangue, bÍlis amarela, bÍlis negra e a linfa. O acúmulo de algum dos elementos dos humores resultava no predomínio de determinado temperamento. A bÍlis negra representava o outono e, como a terra, era fria e seca, tornando-a hostil à vida e podendo ocasionar a melancolia, uma doença resultante de seu acúmulo no baço. A teoria da bÍlis negra como causadora da melancolia irá, como veremos adiante, transpor os séculos nos escritos de diversos pensadores, ainda que com variações. Importante destacar que na concepção de Hipócrates a melancolia é apresentada como uma doença (Ginzburg 2001; Peres, 1996; Scliar, 2003).

É da teoria da bÍlis negra que surgiu o termo melancolia – derivado do grego *melas* (negro) e *kholé* (bile), que corresponde à transliteração latina *melaina-kole* (Kristeva, 1989; Rodrigues, 2000; Roudinesco & Plon, 1998).

Ainda na Grécia Antiga, poucos séculos antes de Cristo, a melancolia é a protagonista em um tratado de Aristóteles (384-322 a.C.), a “*Problemata 30*”. Neste tratado há uma interessante relação, referente à melancolia, entre a genialidade e a loucura. Segundo Aristóteles, existe um tipo de *melancolia natural*, que devido à ação da bÍlis negra tornaria seu portador genial. A melancolia é colocada como condição de genialidade, responsável por capacidades distintas; neste tratado, muitos heróis míticos e filósofos são considerados melancólicos. Assim, a criação e a melancolia ficam associadas: o homem triste é também um homem profundo. Os melancólicos são homens excepcionais por natureza e não por doença, concepção que difere da de Hipócrates. Essas duas concepções opostas, a hipocrática e a aristotélica, marcaram o pensamento ocidental moderno sobre a melancolia, de modo que as reflexões sobre o tema estão ligadas a essas bases antigas (Ginzburg 2001; Peres, 1996; Scliar, 2003).

No mundo clássico, a melancolia continua presente nos escritos de Aulus Cornélius Celsus (25a.C.-50d.C.), que recomenda a exposição ao sol para o tratamento da melancolia. Rufus de Éfiso (98-117) também considerava que a melancolia era originada pela bÍlis negra (Scliar, 2003). Galeno de Pérgamo (129-200) compartilhava das visões de seus antecessores em relação à melancolia.

A medicina árabe dos séculos IX e X influenciaram a medicina ocidental até a Renascença. Os autores árabes estabeleceram uma relação entre a teoria dos humores de Hipócrates e a Astrologia. O humor melancólico é ligado à influência de Saturno, que no corpo humano governava o baço, sede da bÍlis negra. Vem daí a qualificação humoral de soturno, que designa a pessoa triste, sombria e silenciosa, expressão esta que se tornou sinônimo de melancólico. A influência de Saturno não se exercia, porém, em pessoas vulgares, mas em pessoas extraordinárias: fica assim mantida a ligação aristotélica entre melancolia e genialidade (Peres, 2003; Scliar, 2003).

Na idade média, no séc. XII, o estudo da melancolia tem como principal representante a escola de *Salerno*, com sua doutrina dos temperamentos. A teoria da melancolia, nesta época, aparece também vinculada à ciência árabe e à astrologia, em que Saturno é tido como o astro que guia e governa o melancólico. Constantinus Africanus (1010-1087) traduziu para o latim, a partir do árabe, Hipócrates e Galeno, conservando, assim, as concepções desses autores nessa época.

Na renascença a melancolia tornava o homem capaz de produção intelectual e artística, havia ainda presença da concepção aristotélica, que concebia a genialidade aliada à condição daquele estado. No século XVI, época da primeira aparição da palavra psicologia e do crescente interesse pelo estudo da mente, a melancolia – como uma doença – começa a ser estudada intensamente por médicos e pensadores. As fronteiras entre medicina e filosofia eram tênues, entretanto, o conceito de melancolia era mais filosófico. Ainda predominava a teoria dos humores, que segundo Scliar (2003) constituiu-se em uma “metáfora poderosa”: “a teoria humoral permaneceu praticamente intocada durante quatorze séculos” (p. 78). Na verdade, as teorias da época seguiam duas correntes: os adeptos da corrente aristotélica, que colocavam a melancolia como condição de erudição, genialidade e dotes para a arte; e os da corrente hipocrática ou galênica, caracterizando a melancolia tão somente por um distúrbio de humores. Portanto, não havia um consenso a respeito da melancolia como doença, questão que sofrerá profundas mudanças com o advento da ciência mental, como veremos mais adiante.

Da vita tríplici – manual escrito pelo renascentista Marsilius Ficinus (1433-1499), médico, filósofo, mago, astrólogo e melancólico – reunia quatro teorias sobre a melancolia: a hipocrática (teoria dos humores), a platônica (poesia e furor), a astrológica (Saturno e melancolia) e a aristotélica (melancolia e genialidade). Este estudioso considerava a melancolia um grande tormento, mas também uma grande oportunidade para os homens de estudo. Lutero, na Reforma, instala a melancolia entre os grandes homens, impossibilitando a expiação da culpa pelas ações. O barroco é dominado pelo espírito melancólico, herança de dois milênios, predominando neste universo o ensimesmamento, a autocontemplação e a culpabilização. (Peres, 1996, 2003).

Ainda no fim do século XVIII e início do século XIX, temos outra corrente que se mantém e se opõe ao romantismo: a medicina mental, que merece destaque por ser precursora da psiquiatria – uma das principais detentoras do conhecimento científico sobre as psicopatologias na contemporaneidade, entre elas a melancolia e a depressão.

A grande interinação dos séculos XVII e XVIII, ou seja, a aglutinação de todo tipo de loucura no mesmo espaço, cria a possibilidade de, já no século XIX, se conhecer e tratar as formas de loucura, permitindo, assim, o nascimento da psiquiatria. Nesta época, a medicina científica fundamentava-se no discurso da anatomoclínica e da anatomopatologia, seu saber partia das observações dos órgãos lesionados e da associação destes aos sintomas e queixas dos doentes, constituindo um saber científico sobre as causas das doenças. A “cura”, ao lado do conhecimento sistemático das origens das patologias, passou a ser sua meta principal, ocupando o lugar do ideário de “salvação” da Idade Média. Assim consolidava-se a medicina, por meio de uma dupla articulação entre o olhar de superfície da anatomoclínica – o estudo dos sinais e dos sintomas por intermédio do corpo – e o olhar de profundidade da anatomopatologia – o conhecimento da composição dos órgãos corporais por meio da descrição dos tecidos lesionados. A anatomia conferiu à clínica uma positividade efetiva, indo ao encontro das exigências do conhecimento científico do final do século XVIII, e do século XIX. O corpo passa, desta forma, a ser o lugar e a sede de inscrição, por excelência, das enfermidades, reafirmado tanto cientificamente, como socialmente (Birman, 2006).

Todavia, tratar do tema da loucura não era questão tão simples. Frente à impossibilidade de encontrar as necessárias lesões para fundamentar o saber e a clínica da ciência médica positiva, as doenças mentais foram renegadas e consideradas não passíveis de estudos científicos. O estudo das perturbações mentais não conseguia fundamentar-se nos saberes advindos da racionalidade médica; “O discurso da anatomoclínica, base epistemológica da medicina científica, não encontrava legitimidade no campo da psiquiatria” (Birman, 2001, p.180-181).

Phillipe Pinel (1745-1826), médico, matemático e enciclopedista, inaugurou o campo de estudo da loucura, momento em que as desordens mentais passam a ser também objeto de estudo da medicina. Em 1793, assume a direção do Hospital Geral Bicêtre, ordena o desacorrentamento dos alienados e introduz a era dos alienistas, os estudiosos da alienação mental – a loucura. Este ato estabelece ao primeiro espaço rigorosamente médico para os alienados, pois, ao libertar os loucos, Pinel afirma que estes devem ser submetidos a um tratamento asilar sob regime de completo isolamento: “Pinel dá início ao primeiro asilo destinado exclusivamente aos alienados, o que se estende posteriormente a Salpêtrière, e isso possibilita a observação sistemática da loucura pelo saber médico; nasce a clínica psiquiátrica” (Amarante, 1996, p.50). Antes de se estabelecer como estudiosa das perturbações mentais, a medicina buscava as causas físicas da loucura, mas não as encontrava; entretanto, Pinel, partindo de outras bases epistemológicas, as “causas morais”, elevou as perturbações mentais ao estatuto de objeto passível de ser estudado e tratado pela medicina, dando, assim, origem à medicina mental. Ao propor e possibilitar um tratamento para a loucura, ele atende a, pelo menos, um dos pré-requisitos da medicina: a sua pretensão da “cura”.

Pinel foi um dos principais defensores do tratamento adequado para as doenças mentais. Diferentemente dos médicos do século XVIII, que além de imporem bizarras formas de “domesticação” aos doentes mentais, também não acreditavam em sua cura, os estudiosos influenciados por Pinel no século XIX acreditavam que os loucos deveriam receber um tratamento justo e digno: “Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade.” (Amarante, 1996, p.42). Contudo, tanto o louco como o melancólico eram privados do convívio com sua família, recebendo um lugar para se tratar e não interromper, melhor dizendo, atrapalhar e incomodar o bom andamento da interação social (Solomon, 2002, p.296). Isto não era entendido como perda de liberdade, pelo contrário, pois o tratamento poderia restituir ao homem a tal liberdade subtraída pela alienação. Seguindo a tradição da história natural e da filosofia do conhecimento de Locke, Pinel insiste que a loucura deveria ser rigorosamente observada, descrita e classificada: eis o nascimento da nosografia. Ele foi, pois, o responsável pelo nascimento e pela consolidação da *medicina mental*, estabelecendo para a loucura um estatuto patológico: “Com ele, a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que impedirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante.” (Amarante, 1996, p.42).

Assim, com Pinel, no século XIX, inicia-se a era das classificações e dos cuidados asilares. Havia um interesse em definir o que realmente significava a melancolia e os estados que antigamente eram vagamente classificados com este termo receberam uma infinita série de classificações em categorias e subcategorias (Solomon, 2002, p.296). Neste momento, a melancolia passa também a ser alvo de estudo dos alienistas e é adotada pela ciência médica. Para Pinel, a melancolia fazia parte dos quadros patológicos, descrita como uma doença cujas vítimas tinham fixação em um orgulho desmedido, podendo ser acometidas de abatimento, consternação e desespero (Amarante, 1996; Farinha, 2005; Peres, 2003). Pinel usa o termo “mania” para se referir a qualquer tipo de loucura, assim como faziam a maior parte dos textos gregos; no entanto, incentiva a observação e a descrição, para que se realize uma correta classificação das diferentes formas de loucura (Cordás, 2002, p.73). Inaugura-se um período no qual o discurso médico se apropria da loucura, tornando-a, única e exclusivamente, uma doença mental (Amarante, 1996, p.37).

Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, desenvolveu seus trabalhos e preocupou-se em construir uma nosografia psiquiátrica. Ele considerava a loucura produto da sociedade e das influências morais e intelectuais. Para o médico francês, o termo “melancolia” era uma palavra desgastada, de noção muito literária e um tanto vaga: “A palavra melancolia, consagrada na linguagem vulgar para exprimir o estado habitual de tristeza de alguns indivíduos, deve ser deixada aos moralistas e aos poetas que, nas suas expressões, não são obrigados a tanta severidade quanto os médicos” (Esquirol, citado por Pigeaud, 1998, p.62). Esquirol cunhou, na França, os termos “lipomania” (*lypémanie* - transtornos de humor) e “monomania triste” (*mono-manie* - transtornos de juízo), para renomear, dividir e se opor à tão velha e já desgastada melancolia. É o início de uma substituição progressiva, que irá se concretizar no século XX, do termo “melancolia” pelo novo e científico termo “depressão”: uma doença cerebral caracterizada por tristeza, abatimento e desgosto de viver, acompanhados de um delírio em uma idéia fixa. Segundo

Esquirol, a dor melancólica “não é uma dor que se agita, que se lamenta, que grita, que chora, é uma dor que cala, que não tem lágrimas, que é impassível” (Esquirol, citado por Pigeaud, p.63). Em meio a esta concepção médica, no berço da promissora ciência psiquiátrica, encontramos uma espantosa afirmação do referido autor que o aproxima da tese aristotélica do homem de gênio: os melancólicos “são muito aptos à cultura das artes e das ciências; eles têm pouca memória, mas suas idéias são fortes, suas concepções vastas; eles são capazes de profundas meditações.” (Esquirol, citado por Pigeaud, p.63).

O médico alemão W. Griesinger (1817-1868) declarou que todas as doenças mentais seriam doenças do cérebro; então, uma falha nesta estrutura deveria ser encontrada para ser tratada e curada. Apresentou, também, pela primeira vez, a idéia de que algumas doenças mentais são apenas tratáveis, enquanto outras, curáveis. Assim, nas mãos de Griesinger, a melancolia veio a ser completamente medicalizada e biologizada (Solomon, 2002, p.297). Griesinger representou, ainda, um importante papel na psiquiatria por propor a teoria de uma psicose única, na qual a melancolia seria apenas o estágio inicial de uma única doença que progrediria até outros estágios mais severos, podendo chegar até a insanidade total (Cordás, 2002, p.78). George H. Savage (1842-1921), em seu *Insanity and allied Neuroses*, de 1889, afirmou que a melancolia é um estado de depressão mental na qual a dor mental depende de mudanças físicas e corporais, e não diretamente do meio ambiente (Solomon, 2002, p. 300).

Neste período, a melancolia foi aproximada da mania sob o nome de “loucura circular” por Jean-Pierre Falret (1794-1870). Na Alemanha, Emil Kraepelin (1856-1926), considerado o pai da psicobiologia, integrou a melancolia à insanidade maníaco-depressiva, dentro da seção das psicoses, fundindo-a mais tarde à psicose maníaco-depressiva. O famoso psiquiatra acreditava que toda doença tinha uma base bioquímica. Sua nosologia pretendia separar as doenças mentais adquiridas das hereditárias. Kraepelin continuou adotando o termo “melancolia” e seus subtipos, utilizando-se do termo “depressão” para descrever afetos (Kraepelin, 1905/2001).

No entanto, contrariando uma corrente que se estabelecia na psiquiatria, Henry Maudsley (1835-1918), respeitado médico, foi o primeiro a descrever a melancolia como uma doença que se reconhece, mas não se consegue explicar. Segundo ele, na melancolia não existe um verdadeiro desarranjo na mente, há apenas uma profunda dor da mente, paralisando suas funções (Solomon, 2002, p.299).

Com o desenvolvimento científico, no século XIX, houve uma preferência pelo termo “depressão” em detrimento do termo “melancolia”. O primeiro entrou em uso na psiquiatria européia por volta do séc. XVIII, vindo do francês a partir do latim – *de-premere* – que significa pressionar para baixo. Inicialmente, seu uso foi introduzido em associação ao termo “melancolia” (Deloya, 2002). Segundo Moreira (2002) e Delouya (2001), a substituição do termo por “depressão”, ocorreu devido a uma tendência da psiquiatria do final do século XIX e durante a sua consolidação no século XX.

Moreira (2002) revela que os desenvolvimentos psiquiátricos e seus movimentos de substituição do termo “melancolia” criaram o que ela chama de *invisibilidade da melancolia*. Foi Adolf Meyer (1866-1950) quem favoreceu a substituição de “melancolia”

por “depressão”, já que o primeiro conceito remetia a um estado do romantismo muito presente na literatura e inadequado à ciência psiquiátrica, que estava em pleno desenvolvimento, o que, como vimos, já fora observado por Esquirol algumas décadas antes (Delouya, 2001; Farinha, 2005; Moreira, 2002; Peres, 1996, 1999, 2003).

Chegamos finalmente ao início do século XX, no qual temos de destacar duas correntes interpretativas que se desenvolveram de maneira concomitante no que se refere ao tratamento e à compreensão da depressão e da melancolia: a psiquiátrica e a psicanalítica.

A visão da Psiquiatria

A psiquiatria passa a se consolidar definitivamente no século XX, representada por Pierre Janet. Cordás (2002) revela que houve no século XX uma intensa discussão no campo da psiquiatria sobre o termo depressão, envolvendo suas diversas formas clínicas de apresentação e as respectivas classificações distintas. Determinados psiquiatras entendiam que os transtornos que envolviam a depressão e a mania deveriam ser classificados das mais diferentes formas. Um dos problemas mais comuns que se colocava para estudo, que, aliás, remonta aos estudiosos da Grécia antiga, é tentar discriminar entre uma depressão endógena e uma depressão reativa; a primeira seria um subtipo com causas orgânicas e a segunda causada por situações existenciais. A pergunta a se fazer era se haveria diferença no tratamento destas duas formas de depressão. Alguns, a partir de suas pesquisas, indicavam que haveria diferença, já outros, defendiam que não haveria nenhuma diferença e importância nesta forma de distinção.

Segundo Solomon (2002), a idéia de uma interação entre gene e ambiente não era cogitada até o último quarto do século XX. O autor mostra que a dificuldade de aceitar esta interação se relaciona com questões psicossociais, embora seja também reflexo do pensamento científico moderno sobre a natureza dividida da mente-corpo. É que pacientes deprimidos não gostam de pensar que desmoronaram diante de dificuldades que outros agüentaram. Ter depressão, na segunda metade do século XX, assim como na Idade Média, seria motivo de vergonha, a ponto de ser escondido. Mas se a depressão pudesse ser creditada a algo que acontecesse sem razão externa, sem a implicação do sujeito e fosse entendida como resultado de problemas no plano genético e químico, eximiria o sujeito de culpa e de responsabilidade, pois este nada poderia fazer para impedir o surgimento de sua doença. Assim, haveria, de acordo com Solomon (2002),

Um interesse social em dizer que a depressão é causada por processos químicos internos que estão de algum modo além do controle do afligido... É nesse contexto que os remédios antidepressivos se tornaram tão populares. Se sua função é interna e relativamente incompreensível, devem afetar algum mecanismo impossível de controlar através da mente consciente. É como ter um motorista: você simplesmente se senta relaxado no banco de trás e deixa alguém enfrentar os desafios dos sinais do trânsito, policiais, mau tempo, regras e desvios por você. (p.307).

Nenhum tipo de regime de idéias ou atitudes poderia ter o menor efeito no aparecimento da doença. Deixa-se assim a responsabilidade da causa e do trabalho de melhora para as instâncias químicas e biológicas. A descoberta dos antidepressivos nos anos cinquenta deu origem a uma corrida entre os pesquisadores para se compreender a ação do funcionamento das drogas no organismo. Alguns começaram a propor que a serotonina cerebral estava ligada às funções emocionais. Esta descoberta serviu como base para afirmar a idéia de que o comportamento era resultado imediato da biologia. Começa-se, então, a explicar as emoções e as psicopatologias por meio dos neurotransmissores: norepinefrina, epinefrina, dopamina e serotonina – todas monoaminas químicas. Ao inibir a monoaminoxidase (MAO), aumentavam-se efetivamente os níveis das monoaminas na corrente sanguínea. A explicação é simples: a oxidação reduz as monoaminas, e os inibidores de monoaminoxidase previnem a sua oxidação, aumentando a sua quantidade.

Com o desenvolvimento de novas pesquisas, as teorias borbulharam e, em 1970, o pesquisador Julius Axelrold ganhou o prêmio Nobel por sua teoria envolvendo os tricíclicos. Os remédios tricíclicos aumentavam o nível da norepinefrina na fenda sináptica sem aumentá-la na corrente sanguínea. Imperava, em consequência, a nova idéia de que o ânimo era fortemente afetado pela ação da norepinefrina (Solomon, 2002, p.308).

O artigo de 1965 de Joseph Schickkraut, no *American Journal of Psychiatry*, uniu toda essa informação e propôs uma teoria coerente: a emoção era regulada pela norepinefrina, epinefrina e dopamina (um grupo coletivamente chamado de catecolaminas); os inibidores de MAO impediam o colapso dessas substâncias e assim aumentavam a quantidade delas no cérebro e, portanto, na fenda sináptica; e os tricíclicos, ao inibirem a reapreensão, também aumentavam as catecolaminas na fenda sináptica (Solomon, 2002, p. 309).

O referido autor acredita que a publicação desta teoria marcou definitivamente a divisão entre psicanálise e psiquiatria. Outra teoria sobre as drogas antidepressivas é a dos receptores que, segundo Solomon, também está cheia de lacunas. Esta teoria propõe que, se houver falha nos neuroreceptores, o cérebro age como se tivesse uma carência de neurotransmissores, independentemente da quantidade real deles. Após os anos setenta, muitos pesquisadores se empenharam em redefinir a depressão como um problema no sistema da serotonina, e na segunda metade dos anos oitenta foi lançada a primeira droga ligada à serotonina – a citalopram (Celexa). Em 1987, outra droga surgiu, a fluoxetina, sob o nome de “Prozac”, o mais famoso antidepressivo. Seguiu-se o lançamento de uma série de drogas, todas bloqueadoras de reapreensão da serotonina.

Contudo, Solomon (2002) insiste em evidenciar que as diversas teorias sobre a ação das drogas antidepressivas são tão cheias de falhas e passíveis de dúvidas quanto as teorias psicológicas da psicanálise. As explicações neuroquímicas, afirma o autor, são tanto aprovadas quanto desaprovadas. Há debates e discordâncias que colocam em dúvida o estatuto de exatidão que muitos psiquiatras tentam conferir à origem biológica da depressão.

Outras questões em torno do advento dos neurotransmissores e da psicofarmacologia são apontadas por Birman (2001). O autor revela que, com o fundamento aparentemente

incontestável fornecido pelas neurociências a partir dos anos cinquenta, a psiquiatria encontra aquela cientificidade tão aspirada no final do século XVIII. Naquela época o discurso psiquiátrico não encontrava legitimidade nas bases epistemológicas das ciências médicas, permanecendo sempre em uma posição incômoda, enquanto pretensa especialidade médica. A psiquiatria se estabeleceu, assim, afastada das bases do saber médico, como uma “falsa medicina”, uma *pseudomedicina* que não conseguia fundamentar seu discurso dentro das molduras da ciência. Seus fundamentos consistiam nas causas e tratamentos morais, que se aproximavam mais da filosofia. Com o avanço das neurociências e da psicofarmacologia após os anos 50, a psiquiatria pôde, finalmente, se transformar em uma ciência médica, aproximando-se da medicina somática. Pretendendo construir uma leitura do psiquismo de base inteiramente biológica, as neurociências forneceram ao campo psiquiátrico instrumentos teóricos e técnicos que passaram a orientar sua prática:

É importante observar que as neurociências pretendem construir uma leitura do psiquismo de base inteiramente biológica. Com isso, o funcionamento psíquico seria redutível ao funcionamento cerebral, sendo este representado em uma linguagem bioquímica. Enfim, a economia bioquímica dos neurotransmissores poderia explicar as particularidades do psiquismo e da subjetividade (BIRMAN, 2001, p.181-82).

Esta transformação, segundo Birman (2001), deve ser compreendida como uma transformação epistemológica, que produziu mudanças imediatas na terapêutica psiquiátrica. A medicação psicofarmacológica passou a ser a principal modalidade de intervenção da psiquiatria, transformando-se em seu referencial fundamental. Quando se leva em consideração essa poderosa interferência medicamentosa, a psicoterapia tende a ser eliminada do dispositivo psiquiátrico, posicionando-se como uma modalidade de intervenção secundária.

Birman aponta alguns desdobramentos diretos deste fato. Um deles, e talvez o mais direto, é que a psiquiatria, seduzida que foi pela pretensão de se alçar ao status de ciência médica respeitável, não deseja ter mais nenhuma proximidade com a psicanálise. O não afastar-se da psicanálise significaria um risco de afetar a identidade médico-científica da psiquiatria, o que soa irônico, já que até perto dos anos setenta a psicanálise foi a principal fonte de saber e referência da psiquiatria, detendo a hegemonia do campo psicopatológico:

Pode-se dizer, pois, que a psicopatologia da pós-modernidade se caracteriza pelo paradigma biológico, em que as neurociências funcionam como referências teóricas daquelas. Com isso, as psicoterapias ficam em um plano secundário no campo da intervenção terapêutica, centrada substancialmente nos psicofármacos. Com isso, a psicanálise passa a ocupar um lugar secundário e periférico no discurso psicopatológico atual. Além disso, as intervenções assumem a incidência pontual, baseando-se em disfuncionamentos em que o registro das histórias dos sujeitos é algo absolutamente secundário (Birman, 2001, p. 186).

Para Birman, outro desdobramento direto disto foi que, ao centrar toda a sua terapêutica nos psicofármacos, estes se tornaram os mais poderosos reguladores do

sofrimento psíquico na atualidade, levando o mundo ocidental a se relacionar com a dor de uma maneira muito específica. A utilização indiscriminada das drogas eficazes contra a angústia e a depressão indicam uma mudança significativa na maneira de os indivíduos se relacionarem com estas paixões. O limiar suportável para o sofrimento psíquico do indivíduo baixou consideravelmente, levando-o a consumir tais drogas eficazes diante de qualquer manifestação dolorosa do humor. O “evitamento” de qualquer sofrimento psíquico, pelo sujeito, passou a ser comum, como que uma regra no mundo atual. Para Birman, a psicofarmacologia, e sua legitimação pelo saber médico, contribuíram para o estabelecimento de uma cultura centrada no evitamento da dor e do sofrimento psíquicos. Assim evitam-se os sentimentos depressivos e melancólicos a todo custo.

Moreira (2002) afirma que na psiquiatria atual há uma tendência a empregar o termo “depressão” como sinônimo e em substituição ao termo melancolia. Em seu estudo sobre a depressão, Berlinck & Fedida (2000) mostram que as recentes publicações psiquiátricas tendem a dissolver a melancolia na depressão e que, aquilo que no passado era chamado de “melancolia”, hoje é denominado depressão. Isto seria, então, de acordo com estes autores, apenas uma nova roupagem para o que nos séculos passados era chamado de “melancolia”.

A esse respeito, é importante frisar que, no século XIX, depressão e melancolia eram termos indistintos na psiquiatria alemã, embora houvesse a propensão para abandonar o segundo deles. No entanto, só em meados do século XX, com a elaboração da CID 6, é que firmou-se “oficialmente” uma definição. Nesta edição da CID, apenas três tipos de depressão eram reconhecidos: a reação maníaco-depressiva, a melancolia involutiva e a depressão neurótica. Ao chegar à sua décima edição, a CID 10 contava com mais de vinte e cinco tipos e subtipos depressivos catalogados.

O termo depressão passa, assim, a predominar na psiquiatria, sob as modernas classes de transtornos afetivos (CID-10) ou transtornos de humor (DSM-IV). O termo melancolia, por sua vez, aparece como uma subclasse dentro da depressão, a dos distúrbios de humor. Estes manuais de classificações psiquiátricas primam pela observação e pela descrição dos fenômenos que são diagnosticados a partir de determinados sintomas que se manifestam, levando em conta sua duração, frequência e intensidade. Os transtornos bipolares – antiga psicose maníaco-depressiva – são incluídos nos capítulos sobre os transtornos de humor e afetivos, e se referem à “depressão-mania”, e não mais à “melancolia-mania”. Esta desordem bipolar pode apresentar-se de maneira mais suave, recebendo o nome de “ciclotimia”. A depressão pode ocorrer como transtorno mais grave – a “depressão maior”, ou mais branda – a “distimia” (Delouya, 2001; Moreira, 2002; Peres, 1996, 1999, 2003; Rodrigues, 2000).

Desta forma, seguindo a tradição kraepeliana, os psiquiatras enfatizam um déficit ou insuficiência orgânica, muitas vezes uma deficiência inata. Apostam, ainda, na observação e na descrição de síndromes e na enumeração de sintomas, o que costuma dirigir suas estratégias terapêuticas. Apostam na terapêutica farmacológica, mediante administração de antidepressivos que regulam a produção de neurotransmissores, podendo ser chamadas também de “psicobiológicas” (Peres, 2003). A psiquiatria contemporânea compreende os afetos e estados afins da melancolia sob o nome de depressão e seus inúmeros subtipos, sendo sua causa compreendida, essencialmente, como uma disfunção neuroquímica que

deve ser corrigida pela ação dos psicofármacos. Os antidepressivos atuais agem na sinapse celular; no entanto, segundo a *Revista Brasileira de Psiquiatria – Atualizações em Psiquiatria* (2002, p. 47), os antidepressivos de uma futura geração deverão atuar no interior da célula. Nesta vertente, a depressão nos é apresentada como uma síndrome que deve ser erradicada, independentemente dos motivos que levaram a ela e da história de vida do sujeito, pois estar deprimido é ruim, sinal de disfunção orgânica e de fracasso do funcionamento do corpo.

A depressão-melancolia na visão psicanalítica

A outra corrente, no que se refere ao estudo da depressão-melancolia, é a psicanalítica, representada inicialmente por Freud, com ênfase no conflito psicológico, nos fatores relacionados à dinâmica do psiquismo, sempre situada no campo das questões psicogênicas (Peres, 2003). A psicanálise oferece uma visão bem diferente desta, e coloca a depressão e a melancolia em outros registros, não somente o biológico. Freud situou os estados de melancolia e depressão no registro da perda, preocupando-se em compreender a maneira como cada indivíduo pode reagir psiquicamente a ela. O luto foi definido como o espaço paradigmático por excelência da vivência e da elaboração de situações de perda e de frustração. Levando em conta a realidade psíquica, a psicanálise se volta para a compreensão dos significados subjetivos conferidos pelo sujeito às situações de perdas difíceis de serem elaboradas. Assim, em muitos casos, é possível que o sujeito necessite de um recolhimento psíquico para a elaboração de uma frustração. Muitas vezes, é neste espaço que se manifestam os afetos depressivos, que podem ser compreendidos como necessários. A dificuldade em elaborar perdas e vivenciar um luto está basicamente ligada à melancolia e à depressão. Esta é a maior e mais radical contribuição de Freud.

Sobre a denominação, em Freud, das manifestações melancólicas e depressivas, observamos variações de acordo com a época. Entretanto, parece-nos que ele muitas vezes utilizava o termo depressão de maneira mais livre ao se referir a um estado mais brando de humor penoso dentre os inúmeros quadros patológicos que estudava, inclusive a melancolia. Assim, o termo depressão seria tomado para se referir a um afeto, estado ou sintoma. Esta constatação vai ao encontro da afirmação de Delouya (2001, p.19; 2002, p.22) de que a depressão, elevada à categoria de um quadro psicopatológico, nunca chegou a fincar seus pés no campo psicanalítico, e, principalmente na teoria freudiana. Ela surge apenas como corolário de alguns estágios da constituição psíquica. Quanto ao termo melancolia, Freud quase sempre o utilizava para se referir a um estado depressivo mais intenso, mais grave, no qual se acrescentavam diversos elementos. A palavra melancolia seria usada para definir um quadro com predomínio de afetos depressivos intensos. À vista do exposto, afirmamos haver uma diferença entre depressão e melancolia na teoria freudiana; porém, predominantemente no que se refere à descrição do quadro clínico. Melancolia é empregada para fazer referência a uma psicopatologia específica, bem demarcada, enquanto depressão é usada para descrever estados, afetos e sintomas de natureza penosa, envolvendo tristeza, desgosto, preocupação e inibição geral.

Outros psicanalistas também se preocuparam em estudar e compreender os estados depressivos. Dentre muitos estudiosos da depressão, não podemos deixar de mencionar Abraham (1911, 1924), Rado (1928), Géro (1936), Klein (1935, 1940, 1946), Sharpe (1944), Fenichel (1946), Jacobson (1953, 1971), Bibring (1953) e Bowby (1969), Winnicott (1963, 1954) e Bleichmar (1983).

A visão psicanalítica, depois de Freud, estabeleceu uma distinção entre a melancolia e a depressão. Esta última seria um estado mais brando e que estaria presente nas neuroses de forma geral, podendo ser o foco principal ou não da patologia. Podemos ter um caso grave de neurose obsessiva, no qual a depressão permanecesse apenas como coadjuvante, ou assumisse o papel principal, quase mascarando os aspectos obsessivos. Já a melancolia seria uma forma aguda e acentuada de um estado depressivo presente nas psicoses (Peres, 2003). Constatamos, então, que alguns autores, depois de Freud, não seguiram sua definição de melancolia como uma neurose narcísica, e a incluíram entre as psicoses. Moreira (2002) dedica todo um capítulo sobre esta problemática, intitulado “*A melancolia segundo Freud: um Narciso sem [des]culpa*”, no qual afirma que tal questão permanece sem resposta.

Considerações Finais

Como vimos, com a intervenção medicamentosa, a psiquiatria se interessa em interromper este processo, erradicando o sofrimento depressivo, sem possibilitar ao sujeito o encontro do caminho da simbolização. Com isto, o sujeito permanece numa posição empobrecida, dependente de uma *pillularia protéica*.

Do contrário, a psicanálise, diante da depressão, se interessa em contribuir para que o sujeito encontre caminhos na tarefa de elaborar o luto estagnado e, com isso, permitir que ele atinja o nível simbólico. Assim, por conceber a depressão como uma expressão afetiva inerente à existência humana, como pudemos perceber na história da melancolia, seu objetivo não consiste em exorcizá-la, já que entende que a experiência depressiva, embora dolorosa, é preciosa para o enriquecimento simbólico do sujeito. A psicanálise nos mostra que o desenvolvimento psíquico, desde o início, se dá por meio da elaboração das perdas. Está aí uma grande diferença entre o paradigma psiquiátrico e o psicanalítico. Uma diferença que não pode deixar de ser demarcada, pelo fato de ambas se apoiarem em pressupostos completamente distintos. No entanto, atualmente, sabemos ser necessário, em muitos casos de depressão, um tratamento que combine psicoterapia e farmacoterapia. Mais vale reconhecer esta complementaridade, do que permanecermos surdos uns aos outros em defesa de um único ponto de vista que prevaleça. Mas este possível diálogo já é uma questão para outro trabalho!

Teixeira, M. A. R. (2004). Melancholia and depression: a conceptual and historical review in the areas of psychology and psychiatry. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4(1), 41-56.

Abstract: *Depression may be considered as one of the most common forms of psychic suffering manifestation, present by the end of last century, so much as it is usual to refer to that period as the “age of depression”, when compared to the end of the XIX century, which is commonly marked by hysteria. Several studies have been carried out aiming at understanding depression. These studies clearly present two trends which were established during the XIX century and concomitantly developed in the XX century: psychoanalysis and psychiatry. This article has as its objective to present a historical review of the terms related to melancholy since initial references about the phenomenon around two thousands years ago, followed by a conceptual analysis of these terms based on psychoanalysis and psychiatry.*

Referências

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Aristóteles.(1998). *O Homem de gênio e a melancolia: o problema XXX, I*. (J. Pigeaud, trad.). Rio de Janeiro: Lacerda.
- Berlinck, M. T., & Fédida, P. (2000). A clínica da Depressão: questões atuais. In M. T. Berlinck, *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Editora Escuta.
- Birman, J. (2001). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Delouya, D. (2001). *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delouya, D. (2002). *Depressão estação psique*. São Paulo: Escuta: Fapesp.
- Farinha, S. (2005). *A depressão na atualidade – um estudo psicanalítico*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Fuks, M. P. (1999). Mal estar na contemporaneidade e patologias decorrentes. *Psicanálise e Universidade*, 9, 63-78.
- Ginzburg, J. (2001). Conceito de melancolia. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 20, 102-116.
- Moreira, A. G. C. (1992). A concepção de melancolia em Freud e Stein: uma interpretação sobre Eva, personagem de Sonata de Outono, de Bergman. Dissertação de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

- Moreira, A. G. C. (2002). *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta/Edufpa.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10)*. São Paulo, EDUSP/ Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34.
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34.
- Peres, U. T. (1996). *Melancolia*. São Paulo: Escuta.
- Peres, U. T. (1999). *Mosaico de letras: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Peres, U. T. (2003). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Rodrigues, J. S. F. (2000). O Diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*, 11(1).
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise* (V. Ribeiro e L. Magalhães, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Scliar, M. (2003). *Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Solomon, A. (2002). *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. (M. Campello, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva.