

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Wedney Moreira**

**A evolução do significado de melancolia:  
Da Filosofia à Psicanálise**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**SÃO PAULO  
2020**

**Wedney Moreira**

**A evolução do significado de melancolia:  
Da Filosofia à Psicanálise**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Tratamento e Prevenção

Orientador: Prof. Dr. Renato Mezan

**SÃO PAULO**

**2020**

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: 21/01/2020

E-mail: wedneymoreira@hotmail.com

M838

Moreira, Wedney

A evolução do significado de melancolia: da Filosofia à Psicanálise. – São Paulo: [s.n.], 2020.

190 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Renato Mezan.

1. Melancolia. 2. Filosofia. 3. Psicanálise. 4. Clínica. I. Mezan, Renato. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica. III. Título.

CDD 157.9

**Wedney Moreira**

**A evolução do significado de melancolia: da Filosofia à Psicanálise.**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. Renato Mezan

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Paulo José Carvalho da Silva

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Ivan Ramos Estevão

Instituição: Universidade de São Paulo - USP

Julgamento: \_\_\_\_\_

*À minha família,  
em especial para minha princesa Mikaela.*

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”.

“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001”.

NÚMERO DE PROCESSO: 88887.199119/2018-00.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao grande Mestre, Dr. Renato Mezan, meu orientador, por acreditar no meu projeto e na minha capacidade para desenvolvê-lo. Foi muito enriquecedor receber seus ensinamentos, tanto nas aulas quanto na orientação da pesquisa.

Ao Professor Manuel Tosta Berlinck (*in memoriam*), pelo acolhimento em seu núcleo de estudos. Essa rica experiência influenciou a escolha do tema desta dissertação.

Ao Professor Raul Albino Pacheco Filho, que me orientou em uma fase de quase desistência da Psicanálise. Conhecer a Psicologia Social me trouxe significativo aprendizado e me impulsionou para participar das atividades do Fórum do Campo Lacaniano.

Ao Professor Paulo Carvalho, pelas orientações valiosas. Enquanto referência no campo da melancolia que contribui valorosamente com o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao professor Ivan Ramos Estevão, pela rica contribuição e fonte de inspiração ao longo de minhas atividades no Fórum do Campo Lacaniano.

À Professora Sandra Dias, que mediu meu primeiro contato com a Psicanálise.

A todos os Professores dos cursos que realizei na trajetória psicanalítica. Todos foram de fundamental importância na construção desse desafio.

A Anna Silvia Rosal de Rosal, pela amizade e pelos infindáveis debates sobre a teoria psicanalítica, além do apoio na revisão do texto cuja importância foi fundamental para a construção do trabalho.

A todos os meus colegas e amigos. Vocês tiveram importante participação nessa caminhada. Dividimos angústias e brindamos êxitos, mesmo nos períodos de maior divergência conseguimos evoluir para o entendimento da teoria psicanalítica.

*“O sofrimento sempre acompanha uma inteligência elevada e um coração profundo. Os homens verdadeiramente grandes experimentam uma grande tristeza, acometido de uma melancolia súbita”.*

Dostoiévski

MOREIRA, Wedney. *A evolução do significado de melancolia: Da Filosofia à Psicanálise*. 2020. 190 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2020.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é compreender as alterações sofridas no significado da melancolia ao longo da história. Explorou as transformações de nomeação, causas, classificação, diagnóstico, possíveis tratamentos ou tentativas de cura, além dos sintomas melancólicos. Para tanto, elegeu como marco inicial os primórdios filosóficos na mitologia grega, passando pela Antiguidade, Idade Média, Renascimento, Iluminismo, Psiquiatria clássica até o surgimento da Psicanálise, período marcado por uma subversão no significado da melancolia. Abordando alguns textos importantes da metapsicologia freudiana foi possível fazer uma estruturação mais consistente dos conceitos, com o intuito de proporcionar um maior entendimento do arcabouço psicanalítico rumo ao texto derradeiro, *Luto e Melancolia*. Os resultados apontam para uma mudança significativa em todos os âmbitos do significado da melancolia em função da história, religião e cultura de cada período. Soma-se a isso o impacto da clínica aplicada na relação médico/paciente em detrimento das doenças, o que sofreu alterações relevantes ao longo do tempo no que diz respeito à semiologia, a etiologia, à base diagnóstica e à terapêutica. A melancolia passou da ordem do mítico, do orgânico, da relação com os deuses, do místico, da influência dos planetas entre outras causas, para o psíquico, implicando uma quebra de paradigma, o que resultou em mudanças na concepção de seus significados, em toda a extensão dessa temática.

**Palavras-chave:** Melancolia. Filosofia. Psicanálise. Clínica.

MOREIRA, Wedney. *The melancholic evolution: From Philosophie to Psychoanalysis*. 2020. 190 f. Dissertation (Master in Clinical Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2020.

## ABSTRACT

The aim of this work is to understand the changes suffered in the meaning of melancholy throughout history. It had explored the transformations of naming, causes, classification, diagnosis, possible treatments or healing attempts and melancholy's symptoms as well. Therefore, it was elected as a starting point the philosophical beginnings, in Greek mythology, going through Antiquity, Middle Age, Renaissance, Iluminism, Classical Psychiatry until the appearance of Psychoanalysis, a period marked by a subversion in the meaning of melancholy, due to the formulation of the unconscious theory. By approaching some important texts from Freudian's metapsycologie it was possible to make a more consistent structure of the concepts, in order to provide a better understanding of the psychoanalytic framework towards the final text, *Mourning and Melancholy*. The results point to a significant change in the meaning of melancholy in every sphere due to issues related to: history, religion, culture, society of each period, and the impact of the applied clinic on doctor / patient relationship in detriment of diseases, which had suffered relevant changes over time when it comes to: semiology, etiology, diagnostic basis, and therapy. Melancholy passed from the order of the mythical, the organic, the relationship with the Gods, the mystic, the influence of the planets among other causes, to the psychic, implying a paradigm's break, which resulted in changes in the conception of their meaning in all extent of this theme.

**Keywords:** Philosophy. Psychoanalysis. Melancholy. Clinic.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Jogo dos temperamentos .....	29
<b>Figura 2</b> – Morte, a destruidora .....	30
<b>Figura 3</b> – Eléboro negro .....	33
<b>Figura 4</b> – Mandrágora .....	34
<b>Figura 5</b> – Obra de Malachias .....	48
<b>Figura 6</b> – Alegoria de la melancolia .....	51
<b>Figura 7</b> – Primavera, de Botticelli .....	57
<b>Figura 8</b> – Bruxas voando em vassouras.....	59
<b>Figura 9</b> – Hidroterapia .....	107
<b>Figura 10</b> - Esquema sobre relações entre cura, terapia e clínica, no campo do tratamento psicanalítico .....	132

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I: OS PRIMÓRDIOS DA MELANCOLIA.....</b>	<b>19</b>
1.1 A fúria dos deuses .....	19
1.2 A construção da clínica hipocrática.....	23
1.3 O surgimento da Medicina: teoria dos humores .....	26
1.4 A melancolia e os homens de exceção .....	35
1.5 Evolução teórica: outros importantes mestres .....	38
<b>CAPÍTULO II: PROGRESSÃO MELANCÓLICA .....</b>	<b>47</b>
2.1 A Idade Média .....	47
2.2 O Renascimento.....	54
2.3 Autonomia da melancolia.....	63
2.4 Sob a luz da melancolia .....	75
2.5 O nascimento da clínica clássica .....	80
<b>CAPÍTULO III: O DOMÍNIO DA PSIQUIATRIA CLÁSSICA (XIX/XX) .....</b>	<b>88</b>
3.1 A construção da clínica psiquiátrica .....	88
3.2 Tratado psiquiátrico sobre a melancolia (Pinel) .....	91
3.3 Além da sombra do mestre (Esquirol).....	97
3.4 Evolução teórica: outros importantes psiquiatras .....	101
3.5 A loucura maníaco-depressiva (Kraepelin) .....	109
<b>CAPÍTULO IV: AS RAÍZES PSICANÁLITICAS DA MELANCOLIA .....</b>	<b>119</b>
4.1 As origens arqueológicas da constituição da Psicanálise .....	119
4.2 A construção da clínica psicanalítica.....	124
4.3 As correspondências melancólicas .....	133
4.4 A constituição da sexualidade e seus desdobramentos.....	135
4.5 A construção narcísica e o direcionamento das pulsões.....	143
4.6 O inconsciente .....	154
4.7 Sobre Luto e Melancolia.....	160
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>174</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>185</b>

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, à medida que os grupos humanos aumentavam, o número de doenças também evoluía. Na Idade Média, em um momento um pouco mais à frente da origem civilizatória, era plausível indagar se a melancolia - uma das patologias mais antigas - era uma forma de punição divina pelas atrocidades cometidas pelo homem, o que teria começado por Adão, ao provar do fruto proibido. Hildegarda de Bingen<sup>1</sup>, monja e mística, que viveu de 1098 a 1179, relata como a melancolia era compreendida nesse período de grande ascensão e representatividade do cristianismo:

No momento em que Adão desobedeceu à ordem divina, nesse instante mesmo a melancolia se coagulou em seu sangue, da mesma maneira que a claridade foi abolida quando a luz se apagou, e da mesma maneira que a estopa ainda quente produz uma fumaça mal cheirosa. Assim ocorreu com Adão, pois enquanto nele a luz se apagava, a melancolia se coagulou em seu sangue, do qual se elevaram a tristeza e o desespero; com efeito, no momento da queda de Adão, o diabo insuflou-se à melancolia, que torna o homem morno e incrédulo.

A melancolia tem se mostrado inesgotável inspiração para poetas e artistas. Com isso, assumiu diferentes nomes e formas<sup>2</sup>. Na **Antiguidade Grega**, com Hipócrates, entendia-se que quando o sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile negra estavam em excesso no corpo, a melancolia estava instalada<sup>3</sup>, sendo assim, esse conceito foi denominado: teoria humoral. Ainda nessa época, o *Problema XXX* foi um dos livros mais importantes no que se refere à história da melancolia. Escrito por Aristóteles, apontava a teoria humoral e a bile negra como causas da melancolia, assim como entendido por Hipócrates. Porém, Aristóteles colocava o melancólico como um homem de exceção, ou seja, alguém dotado de mais sensibilidade emocional e inteligência do que os demais. O melancólico era considerado vítima de uma ideia fixa, que abrigava um parasita em seu interior, que consumia suas energias. Entendia-se que caso esse indivíduo conseguisse

---

<sup>1</sup> HILDEGARDA DE BINGEN *apud* STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 48.

<sup>2</sup> PRIGENT, H. *Mélancolie: les metamorphoses de la dépression*. Paris: Gallimard, 2005.

<sup>3</sup> HIPPOCRATES (400 a.C.). *Conhecer, cuidar, amar: O juramento e outros textos*. Tradução Dunia Marino Silva. São Paulo: Landy, 2002.

eliminar essa ideia ficaria livre da doença. Outros filósofos, como Sorano de Efeso, Areteu da Capadócia e Galeno, também fizeram descobertas importantes sobre a melancolia, o que será explorado no decorrer deste trabalho. Nesse período da história, a relação entre o doente e o médico era seguida conforme a clínica hipocrática. Tal modalidade de interação perdurou até a construção da clínica clássica no século XVIII. As práticas adotadas foram de fundamental importância para a mudança do significado da melancolia.

**Na Idade Média**, alguns autores atribuíram o nome acedia para as pessoas que apresentavam os mesmos sintomas da melancolia, porém, com algumas peculiaridades, e apesar de ainda estar associada a um desequilíbrio humoral, passou a ser considerada como um pecado capital. As enfermidades psíquicas vinham de uma disputa entre os prazeres mundanos e os dogmas religiosos, além da recusa pela reza e pelo trabalho. Estavam relacionadas à prática da bruxaria e à libertinagem. Nessa época, entendia-se que os primeiros sinais de melancolia eram maus julgamentos, medo sem causa determinada, raiva súbita, grande prazer em estar sozinho, além de vertigens, tremedeiras, entre outros sintomas, como mostrou Avicenna, médico e filósofo islâmico que viveu no período de 980 a 1037<sup>4</sup>.

Posteriormente, **na Renascença**, a melancolia foi caracterizada como sinônimo do furor dos alienados e de genialidade, posto que essa concepção ainda carregava o caráter orgânico como causa. Ademais, a melancolia passou a ser associada à visão filosófica e psicológica. Um dos importantes nomes desse período foi Robert Burton (1577-1640), acadêmico inglês e vigário da *Oxford University*. Apesar de matemático, dedicou boa parte da sua vida ao estudo da melancolia, o que lhe rendeu o reconhecimento de ícone da compreensão dessa patologia e que, a propósito, o mesmo se reconhecia melancólico. Entre suas contribuições figura a escrita do clássico, *Anatomia da Melancolia*. Nessa obra afirmou: “[...]. Ela não apresenta febre, porque o humor é na maior parte, frio e seco, contrário a putrefação. Medo e tristeza são os verdadeiros atributos e companheiros inseparáveis da maioria dos melancólicos<sup>5</sup>”.

---

<sup>4</sup> RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

<sup>5</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A primeira partição: causas da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2011b, p.65. Vol. II.

**No Iluminismo**, a melancolia começou a ser desassociada, parcialmente, da teoria humoral. Passou a ser entendida como uma disfunção cerebral, o que dificultaria à pessoa associar ideias e, assim, tecer julgamentos plausíveis. Em 1778, o médico alemão Franz Anton Mesmer, importante representante dessa época, retomou a influência dos astros, especialmente do sol e da lua, sobre a saúde e a doença, incluindo a melancolia. Criou a teoria do magnetismo animal, cuja principal ideia, era a existência de um fluído magnético que em desequilíbrio era responsável pelas doenças. No século XVIII, se deu a constituição da clínica clássica que se diferenciou da clínica hipocrática e de outros métodos aplicados na Idade Média e no Renascimento. Refiro-me semiologia, etiologia, diagnóstica e da terapêutica, fazendo com que o significado da melancolia se transformasse ao longo do tempo.

Mais recentemente, **nos séculos XIX e XX**, com a construção da clínica psiquiátrica e, conseqüentemente, com a entrada da linguagem e da problemática moral no campo da etiologia e da diagnóstica, a patologia em questão passou a ser tratada de outra forma: o aspecto orgânico da teoria humoral foi deixado de lado em definitivo. Nesse momento, observou-se a predominância da psiquiatria clássica. Entre seus representantes, encontram-se Pinel, Esquirol e Kraepelin. Estes usaram o termo depressão pela primeira vez. Gradativamente, esse termo foi substituído por melancolia. No entanto, a melancolia passou a representar qualquer tipo de loucura<sup>6</sup>.

Ainda no século XIX, na era vitoriana, a fundação da **Psicanálise**, por Sigmund Freud, apresentou uma virada no significado da melancolia e, por isso, sua teoria representou um marco para a compreensão dessa doença. O inconsciente se tornou de fundamental importância para o entendimento da melancolia, se distanciando ainda mais da visão orgânica. A clínica psicanalítica subverteu tudo que até então valia na relação médico / paciente. A concepção de semiologia, etiologia, diagnóstica e da terapêutica sofreu mudanças significativas, e a melancolia passou a ser considerada uma psicopatologia. Emergiu, então, a distinção entre depressão - um conceito próprio da psiquiatria - e melancolia, uma expressão do campo psicanalítico. Os primeiros relatos de Freud sobre a melancolia estão registrados nas cartas e rascunhos que trocava com Fliess, especificamente na *Carta 18 e nos Rascunhos E e G*. Contudo, o texto no qual o pai da psicanálise aprofunda essa temática é *Luto e Melancolia*, publicado em 1917. Em torno

---

<sup>6</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

da melancolia gravitam escritos sobre a teoria da sexualidade, narcisismo, pulsão e seus destinos, além de uma introdução sobre o inconsciente. Todavia, a melancolia não produziu um caso clínico na obra de Freud, atividade fortemente presente ao longo da construção de seu quadro teórico. A partir disso, indaga-se: Freud não considerava a melancolia uma psicopatologia? Ou, para Freud, a melancolia estaria associada a alguma estrutura, como a psicose ou a neurose, por exemplo? Ou ainda, Freud a concebia como um sintoma associado a qualquer uma dessas nosologias? Teria, então, o pai da psicanálise dificuldade em diagnosticar a melancolia em seus pacientes?

O principal objetivo deste trabalho é compreender a evolução do conceito da melancolia, a partir de uma reflexão acerca dos variados significados assumidos ao longo dos principais períodos da história da humanidade. Desse modo, cada particularidade histórica, tanto no âmbito social, religioso, quanto cultural, entre outros, contribuiu para alterar significativamente o entendimento sobre a melancolia. Para tanto, ficou delimitado iniciar a reflexão pelos primórdios filosóficos, começando pela Mitologia Grega - especificamente no *Canto VI da Ilíada* (versos 200-203) de Homero - seguindo por outros importantes momentos da história, como: a Antiguidade, a Idade Média, o Renascimento, o Iluminismo, até a chegada à Psiquiatria clássica, tendo como destino o surgimento da Psicanálise. Por esse caminho, buscou-se entender, enquanto objetivo secundário, as principais alterações na compreensão da melancolia, em especial, em relação à nomeação, classificação, causas, diagnóstico, possíveis tratamentos ou tentativas de cura dos sintomas, conceitos apoiados aqui na construção das clínicas.

Para atingir tais objetivos foi adotado um estudo de abordagem qualitativa. A base do trabalho foi a pesquisa bibliográfica em livros de destacada relevância e alguns artigos científicos. A pesquisa explorou a dimensão subjetiva e o *pathos* psíquico: o afeto psicopatológico. A busca literária também trilhou o universo da Psicopatologia Fundamental. Tudo isso seguindo a ideia de que não há um único saber capaz de esgotar a compreensão do *pathos* psíquico. A articulação desses diferentes saberes permitiu, portanto, trilhar um caminho que deu corpo a esta dissertação de mestrado.

Além do exposto, é importante registrar que pretendo dar continuidade a este trabalho, provavelmente por meio de doutorado. A princípio, a ideia é começar explorando a segunda tópica freudiana que trata do Ego e do Id, passando pela construção

do Super Eu, pulsão de morte, atingindo o conceito de melancolia como uma neurose narcísica e, portanto, dentro da estrutura da neurose.

No texto *Neurose e Psicose*, Freud retoma o conceito de melancolia, indicando que ela pode ser causada por uma frustração externa ou interna. Esta segunda causa se daria pela via de um super eu, que seria o representante das exigências da realidade. O autor elucida que a melancolia se origina na disputa entre o super eu e o Eu e, por esse motivo, aponta a doença como uma neurose narcísica. Já a psicose estaria no âmbito do conflito entre o Eu e o mundo exterior<sup>7</sup>.

Pode-se verificar o quanto Freud hesitou em relação ao lugar em que situaria a melancolia, algumas vezes atribuindo-lhe indícios de uma neurose, outras vezes, localizando-a junto às psicoses. Acredita-se que ele termina por classificá-la do lado das psicoses, embora, ainda assim, ele se interrogue sobre os fenômenos melancólicos na neurose. Embora não caracterize a melancolia como uma psicose, pode-se verificar que suas descrições quanto à perda do objeto no luto e melancolia seguem caminhos distintos.<sup>8</sup>

Depois, diferente de Freud, Lacan aproxima a melancolia da psicose. Apesar de não ser encontrado nenhum texto conceitual sobre a melancolia, como em Freud, em algumas obras é possível visualizar passagens importantes, principalmente em alguns seminários. A releitura se dá pela tríade: angústia-desejo-objeto. Mesmo assim, em nenhum momento, Lacan coloca a melancolia claramente como pertencente à estrutura da psicose. No entanto, alguns psicanalistas lacanianos, mais atuais, trabalharam a questão da melancolia enquanto tal, como Colette Soler, Antonio Quinet, entre outros, cujas obras foram citadas ao longo deste trabalho. “A melancolia, a esquizofrenia e a paranoia situam-se no âmbito da forclusão do Nome do Pai”<sup>9</sup>. Seguindo essa afirmação, é possível, no âmbito da teoria lacaniana, enquadrar a melancolia dentro da estrutura da psicose.

---

<sup>7</sup> FREUD, S. (1924). Neurose e psicose. In:\_\_\_\_\_. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente: (1923-1940)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 3. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

<sup>8</sup> FERREIRA, M.F. *A dor moral da melancolia*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014. p. 106.

<sup>9</sup> QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p. 196.

O sujeito melancólico é condenado pela instância externa por ser dividido por seu próprio gozo, cujo retorno é determinado pela forclusão do Nome-do-Pai. O sujeito, ao se agredir, manifesta simultaneamente o registro da identificação significativa da forclusão e o registro do gozo.<sup>10</sup>

Alguns outros teóricos situam a melancolia dentro de uma quarta estrutura, ou seja, que não se enquadraria nem na neurose, nem na psicose e tampouco na perversão. Desta forma, fica menos complexo apontar semelhanças e diferenças entre as duas vertentes. Depois dessa relação, pretende-se traçar a trajetória da clínica da depressão, assim como a sua teoria, com o objetivo de tentar entender os acordos e os desacordos entre melancolia e depressão. Existe muita dúvida nos dias de hoje em determinar as diferenças entre tristeza, luto, melancolia e depressão, e por mais que elas possam estar ligadas, provavelmente devem existir diferenças semiológicas, etiológicas, diagnósticas e terapêuticas.

Na atualidade, parece que qualquer situação que se apresente é uma depressão. Remédios são prescritos em escala industrial para a cura desse mal. É importante ter muito cuidado com o futuro da sociedade, pois casos depressivos aumentam de forma significativa no mundo e, conseqüentemente, os suicídios. Portanto, é de fundamental importância que os estudiosos e profissionais da área tenham maior embasamento para lidar com essa doença, seja ela orgânica, psicológica ou uma mistura de ambas.

---

<sup>10</sup> LAURENT, E. *Versões da clínica psicanalítica*. Campo freudiano no Brasil. Tradução Aluísio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 162.

## CAPÍTULO I: OS PRIMÓRDIOS DA MELANCOLIA

E da tristeza de Belerofonte e da fúria dos deuses foi germinada a melancolia que a partir desse momento se instaurou na humanidade como uma praga devoradora. Hipócrates, na tentativa de controlar esse mal, criou a teoria humoral. Defendia uma problemática orgânica construída a partir do desequilíbrio dos fluídos corporais em detrimento da questão mítica. Essa teoria foi aprimorada e contestada por importantes filósofos, como Aristóteles, Areteu da Capadócia e Galeno, entre outros, perdurando por séculos.

### 1.1 A fúria dos deuses

Starobinski, crítico literário, historiador e ensaísta, escreveu importantes obras sobre a melancolia, dentre elas: *A tinta da melancolia: uma estória cultural da tristeza; A melancolia diante do espelho: três leituras de Baudelaire, e; Historia del tratamiento de la melancolia desde los origines hasta 1900*. O autor acreditava que o primeiro registro que fez alusão à melancolia foi encontrado em Homero, especificamente no *Canto VI da Ilíada*, retratado abaixo. Apesar de o termo melancolia não aparecer nitidamente na *Ilíada*, essa compreensão advém da descrição de sintomas melancólicos, como tristeza profunda e isolamento<sup>1</sup>.

Na *Ilíada*, Sísifo, rei de Coríntio, era um homem muito astucioso, caracterizado por uma crueldade ímpar. Gerou um filho a quem deu o nome de Glauco. Este, por sua vez, deu vida a Belerofonte, cuja beleza e estrutura física colossal eram agraciadas pelos deuses. Apesar de possuir características aparentemente positivas e, portanto, valorizadas à época, Preto, rei de Argos tramou a Belerofonte coisas terríveis, o que será apresentado mais adiante.

---

<sup>1</sup> STAROBINSKI, J. *Historia del tratamiento de la melancolia desde los origines hasta 1900*. Tradução Acta Psychosomatica. Basle, Switzerland, 1960.

“[...] Mas de Preto a mulher a diva Antéia.  
 Louca de amores desejou furtiva  
 Misturar-se com ele, e despeitosa  
 De não ter seduzido o casto peito  
 Pérfida ao rei mentiu: - Belerofonte  
 Intentou-me forçar; ou morre ou mata-o [...]”.<sup>2</sup>

O rei Preto ficou muito bravo com essa situação, mas não tinha coragem para enfrentar Belerofonte. Resolveu enviá-lo à cidade de Lícia, aos cuidados do pai de Antéia, logo, sogro de Preto, que pediu a Belerofonte para entregar ao rei duas tábuas com signos e sinais tenebrosos. Estas estavam fechadas e indicavam que Belerofonte fosse morto.

“[...] Por numes escoltado, ao Xanto e à Licia  
 Plaga admitido, em novenal hospício  
 Lhe imolou touros nove o rei benigno;  
 Mas na décima aurora dedirrósea  
 O interrogou, pedindo-lhe a tabela  
 Que lhe fiara Preto. Os caracteres  
 Fatais lendo, a Quimera inexpugnável [...]”.<sup>3</sup>

A primeira tarefa destinada a Belerofonte era eliminar Quimera, um tipo de animal mesclado que tinha três cabeças, corpo meio cabra e meio leão e cauda de dragão. Quimera expelia fogo pela boca e era considerada uma estirpe divina. “Protegido por Atena, Belerofonte doma Pégaso, o cavalo alado, e montando nele, pode elevar-se bem alto e, com suas setas, abater Quimera”<sup>4</sup>. Belerofonte foi bem-sucedido nessa missão, o que deixou o rei temeroso. Em seguida, ordenou outras diversas batalhas com a esperança de que o então herói fosse exterminado de vez.

“[...] Logo os solimos debelou, façanha

<sup>2</sup> HOMERO (850 a.C). Canto VI, 137-142. *Ilíada*. Tradução: Manuel Odorico Mendes. São Paulo: Martin Claret, 2004. p. 165.

<sup>3</sup> HOMERO (850 a.C). Canto VI, 150-156. *Ibid.*, p.165

<sup>4</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 30.

Que julgava a maior; enfim deu cabo  
 Das Amazonas varonis. De volta,  
 Os mais guapos da Lícia e destemidos,  
 Juntos numa cilada, o herói desfê-los,  
 Nenhum restando que levasse a nova [...].”<sup>5</sup>

Como Belerofonte obteve êxito em todas as batalhas, o rei perdeu o interesse em matá-lo, acreditando que tinha poderes advindos dos deuses. Assim, manteve o guerreiro no reino, fazendo-o casar-se com sua filha. Esse relacionamento gerou três filhos: Hipóloco, Isandro e Laodâmia. Nesse momento, Belerofonte foi tomado por uma tristeza profunda:

“[...] Belerofonte, já dos Céus malquisto,  
 Na alma comendo-se e evitando os homens,  
 Sozinho errava pelo campo Aleio [...].”<sup>6</sup>

O que teria acontecido ao herói de tamanha coragem e êxito em tantas batalhas, a ponto de vagar pelo campo sozinho, evitando o convívio com outros homens? Como um herói grego poderia viver à sombra da humanidade? Talvez, Belerofonte – após suas conquistas - não tivesse outros objetivos para alcançar, e simplesmente não conseguisse encontrar alguma nova forma de extravasar sua força. Será que preferia se isolar do convívio com outros homens, ou simplesmente estaria cansado e sem vitalidade para enfrentar outras batalhas? Se confirmadas essas hipóteses explicar-se-ia a apatia generalizada. Outra possibilidade seria o fato de ter perdido seus filhos, o que pode ter sido sentido como incapacidade de proteger quem mais ama.

Pode ser muito esclarecedor o fato de que Belerofonte se enche de soberba, além de julgar-se imortal. Afinal, é “rico, glorioso, cheio de honrarias, casado com a filha do rei e herdeiro do trono”<sup>7</sup>. Essas atitudes começaram a irritar os deuses, até que, em um ato repleto de significativa arrogância, Belerofonte montou em seu cavalo alado para subir ao Monte Olimpo e participar da Assembleia dos deuses, o que era proibido para

<sup>5</sup> HOMERO (850 a.C). Canto VI, 162-167. *Ilíada*. Tradução Manuel Odorico Mendes. São Paulo: Martin Claret, 2004. p.166

<sup>6</sup> HOMERO (850 a.C). Canto VI, 175-177. *Ibid.*, p.166

<sup>7</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 30.

humanos. Ao perceber tamanha prepotência, Zeus fez um inseto picar Pégaso que, ao empinar-se para o alto, lançou Belerofonte às alturas. Belerofonte no alto de sua potência e arrogância fez com que os deuses o abandonassem. Os deuses dão a glória, mas, ao mesmo tempo, por um pecado ou por um desrespeito podem tirá-la, e assim enlouquecer um homem. Mesmo com a queda do guerreiro, o cavalo continuou a subir e, chegando ao céu, transformou as estrelas em constelação. Apesar de Belerofonte ter sobrevivido à queda, ficou coxo e cego. Essa tragédia evidenciou sua incapacidade de tornar-se um deus. Seria, por isso, que passou a viver solitário até morrer miseravelmente?<sup>8</sup>

A única tentativa de cura da tristeza profunda de Belerofonte poderia ser a retomada do crédito junto aos deuses, recuperando a confiança perante estes. Se isso acontecesse, estaria salvo e poderia, então, voltar para sua vida normalmente. “Para se livrar de sua ‘negra’ tristeza, o melancólico não tem outro recurso além de esperar ou se conciliar com o retorno da benevolência divina”<sup>9</sup>, desse modo, poderia também atingir a cura.

Em minha compreensão não fica claro se Belerofonte era melancólico. Entende-se que a vergonha, a humilhação, a insegurança e a tristeza sentidas não apontam necessariamente para a doença.

Suponha-se que o grande herói fosse visitar Sigmund Freud em seu consultório, muitos séculos depois, chegando com sua vestimenta rudimentar, suas armas pitorescas e se deitasse no divã falando sobre o acontecido e reclamando dos sentimentos e do isolamento. Qual poderia ser a compreensão de Freud? Parece fazer sentido características de uma neurose narcísica, se for considerado que o herói tivesse deus como ideal de Eu. Quando Belerofonte se deu conta que não era possível converter-se em deus, travou uma batalha entre seu Super Eu agressivo e o Eu. Desse modo, o Super Eu estaria sob a influência de características de seus ancestrais muito exigentes. Somado a isso, seu Eu, tomado por um sentimento de grandeza, ao perceber que seu ideal era inatingível, teria entrado em um estado de melancolia, resultando, assim, em uma redução da autoestima. Vale lembrar que o rebaixamento da autoestima é a principal diferença apontada por Freud, séculos depois, entre luto e melancolia. Outra hipótese é o mecanismo da mania. Quando Belerofonte estava vencendo as batalhas e, portanto,

---

<sup>8</sup> GRAVES, R. (1996) *apud* CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>9</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d’Aguilar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 19.

considerado divino pelos demais, estava mais próximo de seu ideal, o que o levava ao estado de mania. Ao sentir que os deuses se voltaram contra ele, a melancolia se instaurou.

Mas, a história da melancolia não permite esse salto gigantesco, de Homero a Freud. Para continuar a construir a evolução do conceito em questão, se faz necessário explorar a sequência dessa evolução.

## 1.2 A construção da clínica hipocrática

Antes de abordar a melancolia em si, é importante entender como se deu a formação da clínica neste período da história, a saber, a Antiguidade. Um dos maiores representantes dessa construção, que perdurou por muitos séculos, foi Hipócrates, considerado o pai da medicina. “Hipócrates valoriza a observação e a regularidade do adoecer, enfatizando clinicamente o prognóstico”<sup>10</sup>. Dois exemplos dessa prognóstica foram: a doutrina da cocção, e a observação da facies hipocrática. A primeira apontava para uma alteração na espessura e na coloração dos humores de forma sistemática, indicava um estágio anterior a um maior momento de crise pela qual os humores mais prejudiciais eram eliminados pelo corpo, resultando em uma melhora com relação à doença. Já a segunda se referia a alguns sinais faciais que apontavam para uma possível morte.

Observe a face de uma paciente durante uma enfermidade aguda. Se a face tem aspecto saudável bom sinal. Caso contrário mau sinal. Quanto mais alterado pior. Observar a presença dos seguintes sinais: olhos fundos, fontes côncavas, orelhas frias e contraídas, com os lóbulos para fora, pele áspera, seca ou apergaminhada da face, cor amarela ou enegrecida. Se houve insônia, intestinos soltos ou falta de alimentação, bom sinal. Caso contrário, e se os sintomas não cederem no lapso de um dia, trata-se de uma coisa certíssima que a morte se aproxima. Se este quadro se acresce que não suportam a luz, choram involuntariamente, se o baço dos olhos se avermelhar ou for cobertos por goma, são sinais de que o prognóstico é fatal.<sup>11</sup>

É possível perceber como a doutrina desses dois pontos prognósticos, mencionada acima, colocava em evidência a observação e a inferência. Nesse momento, também surgiu o método da divisão, que nada mais era do que transformar cada fragmento do

<sup>10</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 97.

<sup>11</sup> HIPÓCRATES (400 a.C/1957) *apud* DUNKER, op. cit.

processo em partes menores e exatas com o objetivo de permitir a tomada de decisão objetivando a prevenção. “Não se afirma a importância do prognóstico baseando-se em motivos teóricos (Platão), nem doutrinários (como Galeno) e muito menos metodológicos (como Empédocles), mas na importância intersubjetiva da teoria da eficácia”<sup>12</sup>.

Parece-me coisa excelente que o médico cultive o prognóstico; pois prevendo e predizendo, perante o enfermo e sem sua colaboração, o presente, o passado e o futuro e pondo em relevo as omissões de que cabe inculpar os pacientes, estarão estes mais inclinados a acreditar que o médico sabe o que se passa com o enfermo; e assim as pessoas se entregarão mais confiantemente nas mãos de tal semelhante médico.<sup>13</sup>

A base da clínica Hipocrática se assentava na relação médico-paciente. O médico tinha como objetivo aliviar o sofrimento do enfermo, reduzir ou tentar eliminar a gravidade da doença. Além de entender a doença, deveria se abster ao chegar à conclusão de que a enfermidade é incurável ou intratável<sup>14</sup>.

Hipócrates considerava a patologia como uma consequência da invasão do meio físico no corpo. Desta forma, a doença poderia ser considerada uma relação entre o objeto invasivo e o corpo invadido, o que ocasionava um curto circuito no sistema. Neste ponto, era importantíssimo entender onde o doente se encontrava em relação à: natureza dos ventos, águas, solos, o tipo de dieta alimentar, os exercícios praticados, a geografia, entre outros. Se a causa da doença fosse atribuída ao local onde vivesse, a cura corresponderia à dominação do tempo sobre a patologia. “Para Hipócrates o médico é uma espécie de auxiliar da natureza, e esta precipita tanto a doença quanto a sua própria cura”<sup>15</sup>.

O princípio terapêutico hipocrático é a cura pelo contrário. Assim sendo, doenças de alimentação excessiva eram curadas pelo equilíbrio e restrição alimentar, doenças oriundas de uma temperatura mais baixa deveriam ser superadas e controladas pelo calor, doenças causadas por excesso de trabalho deveriam ser combatidas com o descanso e assim sucessivamente.

A clínica se preocupava em tratar uma doença pelos seus sintomas. Visava aliviar e reduzir o sofrimento do enfermo, mesmo que essas tarefas não estivessem relacionadas.

---

<sup>12</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 98.

<sup>13</sup> HIPÓCRATES (400 a.C/1998) *apud* DUNKER, op. cit.

<sup>14</sup> ADLER, A. (2006) *apud* DUNKER (2011), *passim*.

<sup>15</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 99.

Abaixo, há um exemplo que mostra esta distinção, tendo a melancolia como o cerne da questão:

Por exemplo, certa vez, Erasítrato (330-255 a.C) é chamado para tratar o príncipe Antiochus de uma curiosa moléstia. Ele recusava comida e passava os dias prostrado em profunda tristeza. Tinha problemas para dormir e dificuldades gastrointestinais havia meses. Seu sono era agitado e os pesadelos constantes. Os médicos locais diagnosticaram uma disfunção na bile negra, a melancolia. Chegando ao local, Erasítrato percebeu que a doença do príncipe apresentava curiosas oscilações. Durante o exame, notou que o olhar do príncipe recuperava o brilho de quando em quando. Viu que isso devia a presença de sua sobrinha Stratonice no recinto. Assim, concluiu que ‘era amor, e não a doença, sua enfermidade’.<sup>16</sup>

Essa distinção entre os sintomas e o sofrimento que estes causavam foi de fundamental importância para dividir o tratamento. Até esse ponto podia-se entender que o sofrimento se curava com palavras e os sintomas com o oposto, uma alteração das condições de vida e seus costumes. Algo muito importante é que a melancolia tinha um ciclo previsível, o sofrimento não. A doença tinha características de ordem e alternância qualitativa, enquanto o sofrimento era da ordem do quantitativo. Esse método de cura de doenças não se diferenciava de forma clara da medicina aplicada à época. Neste contexto, existia uma tentativa de mesclar as características físicas, como: saúde, força, beleza, entre outras, com atributos da alma, como coragem e justiça, por exemplo. A medicina se preocupava primordialmente com a dieta e a purgação, no que tange à dieta, podia-se citar tanto a questão alimentar como a prática de exercícios físicos, além de escolhas na vida cotidiana<sup>17</sup>. Nas palavras do psicanalista Christian Dunker:

Compreende-se, assim, que a medicina de Hipócrates não impunha demasiada ação sobre o doente, restringindo explicitamente o uso de táticas nesta direção, como a cirurgia. Isso seria reforçar a condição passiva, associada à perda de liberdade.<sup>18</sup>

Hipócrates instituiu a ideia de retorno como princípio patológico. Porém, é um retorno como restabelecimento de um ciclo, tendo o método como agente da cura. Hipócrates avançou em direção ao prognóstico, às causas e ao tratamento da melancolia. Assim foi criada a teoria dos humores, como será mostrado a seguir.

<sup>16</sup> JACKSON (1986) *apud* Ibid., p. 100.

<sup>17</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

<sup>18</sup> Ibid., p. 101

### 1.3 O surgimento da Medicina: teoria dos humores

Hipócrates viveu nos séculos V-IV a.C. Era integrante de uma família de sacerdotes e médicos que tinham como objetivo principal transmitir os conceitos e práticas da medicina, para que esta resistisse ao longo dos anos. Inicialmente, praticava a medicina onde habitava e, depois, expandiu suas atividades exercendo-as de modo itinerante na Grécia Continental, na Grécia do Norte e, em especial, na Tessália<sup>19</sup>.

As doenças que antes eram tratadas como mitológicas e/ou sobrenaturais, advindas dos deuses e seus caprichos, passaram a ser estudadas de uma forma “mais racional”. A relação física / orgânica dos fatores internos (fluidos e órgãos, entre outros), com o mundo externo, passou a ser a causa de todas as doenças, dentre elas, a melancolia, tema deste trabalho. Nesse momento, é possível perceber a inversão causada pelo impacto social e a condução da clínica, na maneira de lidar com as doenças. É um ponto de ruptura da visão mítica para a orgânica.

Na teoria hipocrática, a melancolia poderia ser advinda de uma fonte interna, ou seja, endógena, em que, sem uma explicação plausível, a pessoa se isolava e se tornava escrava da solidão. Além disso, poderia ser algo que se manifestava de fora para dentro do organismo, portanto, uma causa exógena. Seria, então, algo do ambiente que impactava de forma violenta a serenidade do homem. A obra de Hipócrates se caracterizava essencialmente pela observação dos fenômenos empíricos, para entender a saúde e a doença. Buscava associar os sintomas a fatores capazes de explicá-los<sup>20</sup>.

Na busca de compreender a origem do mundo, o pensamento filosófico pré-socrático defendia a combinação de quatro elementos da natureza: água, fogo, terra e ar, o que resultou na teoria humoral<sup>21</sup>. Os quatro elementos são facilmente associados aos quatro sentidos, às quatro estações do ano e aos quatro principais órgãos do corpo: baço, fígado, cérebro e coração. Sendo assim, se imaginarmos esses elementos naturais, como fluidos da natureza, o que seria se houvesse um destemperamento entre eles? Poderia ser

---

<sup>19</sup> SALEM, J. Introdução. In: \_\_\_\_\_. *Conhecer, cuidar, amar: O juramento e outros textos*. Tradução Dunia Marino Silva. São Paulo: Landy, 2002.

<sup>20</sup> SCLiar, M. *Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

<sup>21</sup> CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

excesso, escassez ou mesmo a falta de um destes. Os elementos precisam estar, de certa forma, equilibrados para que a mãe natureza não sofra consequências. De outra maneira, teríamos “doenças” que a afetariam, como enchentes, queimadas, terremotos, furacões. Assim, elas dizimariam a sociedade, já que não é possível ter controle sobre os fatores naturais.

A teoria hipocrática da doença está fundamentada no conceito dos quatro fluidos encontrados no ser humano e considerados essenciais. Seriam eles: sangue, fleuma, bile negra e bile amarela.

Melancolia é um termo que significa, em grego, literalmente ‘bile negra’, pois os médicos hipocráticos atribuíam ao negror da bile poderes nefastos sobre o cérebro. A bile negra era considerada a causa dos estados de excitação com delírio, em oposição à pituita<sup>22</sup> responsável pelos delírios calmos. O tipo de estado de excitação dependeria da direção que toma a bile negra.<sup>23</sup>

Dos quatro humores, o que mais interessava aos filósofos e estudiosos, era a bile negra. Em grego, bile negra significa *melancholia* e, em latim *atrabilia*, apontando para um excesso de bile negra no organismo que altera o espírito e coloca esse indivíduo em um estado de tristeza, abatimento e ansiedade<sup>24</sup>.

Apesar de Burton aparecer alguns séculos depois, ele apontava esses fluidos e seus humores de forma bastante interessante, pelo fato de ele ter elaborado sua teoria baseado nos filósofos e médicos da Antiguidade. Segundo Burton<sup>25</sup>, o sangue é um humor quente e doce, cujo ofício é nutrir o corpo inteiro, dar a este força e cor. São gerados espíritos no coração que, por meio das artérias, se comunicam com outras partes do corpo. Em sua concepção, a fleuma é um humor frio e úmido, produzido no fígado. Sua função é nutrir e umedecer os membros do corpo como a língua, por exemplo. Ao contrário, a bile é quente, seca e amarga. Tem a função de ajudar no calor natural e nos sentidos, além de produzir excreção. A melancolia seria fria e seca, negra e ácida, produzida pelo baço, é

<sup>22</sup> Termo utilizado por alguns autores para designar a fleuma.

<sup>23</sup> QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009, p. 184.

<sup>24</sup> FERREIRA, M. F. *A dor moral da melancolia*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014.

<sup>25</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A primeira partição: causas da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2011b. Vol. II.

uma rédea para outros humores quentes (sangue e bile), preservando-os no sangue e alimentando os ossos.

Como mostrado, a teoria dos elementos estava voltada para o equilíbrio desses fluidos. No corpo, diferentemente do que vimos, o ser humano pode, de alguma forma, controlar aquilo que pode fazer com que ocorra um desequilíbrio ou não nesse sistema. Mas, como poderia fazer isso? A resposta é simples: por meio dos alimentos que se ingerem, das bebidas, de exercícios físicos, de atividades de lazer, entre outros fatores. Assim, faria com que os fluidos ficassem em harmonia e, com isso, haveria menos tendência ao adoecimento. Na teoria humoral, os doentes estariam classificados como coléricos, fleumáticos, sanguíneos e melancólicos.

Entendia-se, então, que as doenças tinham origem no corpo. Aquilo que é mais seco talvez estivesse associado a uma condição que favoreceria a evolução de uma doença, e aquilo que é úmido causaria um mal em menor escala. Sendo assim: “a doença se fixa numa parte seca, sem intermissão, mas, se fixar-se em uma parte úmida, ela flutuará, a procura de intermissões, e como ela não está fixada, ela acabará mais cedo”<sup>26</sup>.

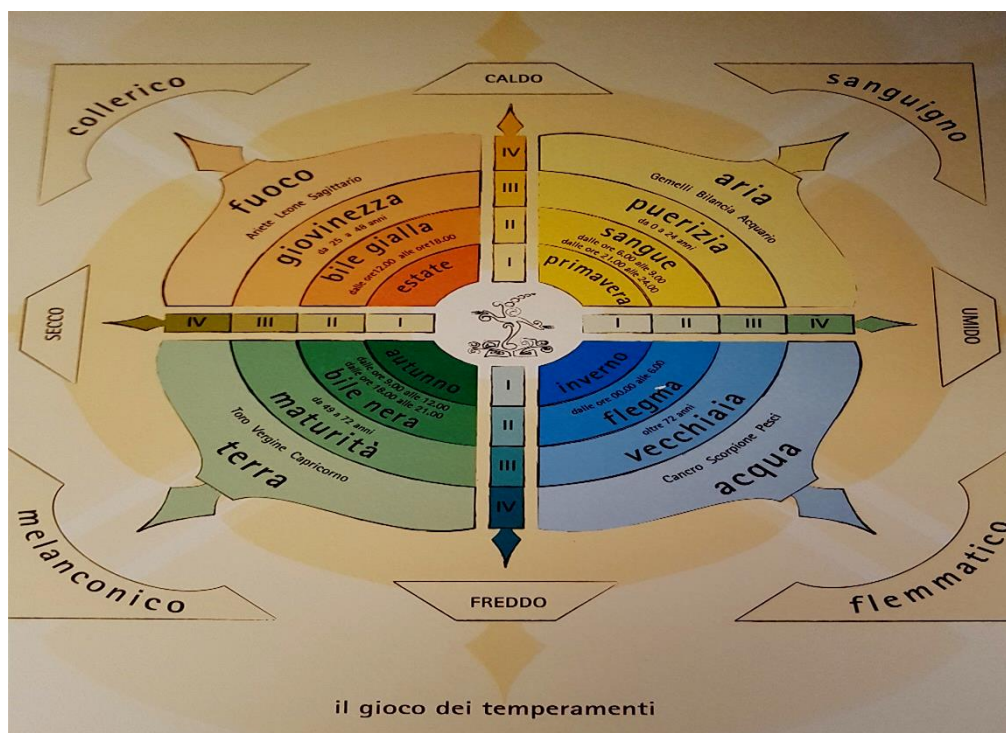
Muitos acreditavam que as causas das doenças estavam associadas, na medicina, de acordo com a ordem do que era quente, frio, úmido e seco<sup>27</sup>. Porém, essa é uma visão reducionista, posto que existiam outros fatores em curso, como sabemos hoje.

---

<sup>26</sup> HIPPOCRATES (400 a.C.). *Conhecer, cuidar, amar: O juramento e outros textos*. Tradução Dunia Marino Silva. São Paulo: Landy, 2002. p. 79.

<sup>27</sup> HIPPOCRATES (400 a.C.). *De la medicina Antigua*. Traducción Conrado Eggers Lan. Ciudad de Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico, 1987.

Figura 1 - O jogo dos temperamentos



Fonte: O autor<sup>28</sup>.

Hipócrates (400 a.C./1827) defendia que o desequilíbrio desses fluidos era responsável por diversos tipos de doenças<sup>29</sup>. O pai da medicina entendia que a degeneração do cérebro se dava pela ação da fleuma ou ainda pela ação da bÍlis.

[...] Reconhecerás ambas deste modo: os que enlouquecem pela fleugma são tranqüilos e não gritadores ou perturbadores, enquanto os que enlouquecem pela bÍlis são gritalhões, perversos e não pacíficos, mas que sempre cometem algo inconveniente. No caso em que a loucura seja contínua, portanto, estas são as razões. No caso em que terrores e medo se apresentem é por causa de um deslocamento do cérebro; desloca-se quando se aquece, e se aquece por causa da bÍlis, sempre que essa se dirige para o cérebro pelas veias sanguíneas do corpo, e o pavor será sempre presente enquanto ela não retornar às veias do corpo. Então ele termina.<sup>30</sup>

<sup>28</sup> Fotografia tirada no Giardino della Minerva. Salerno, Itália (2017).

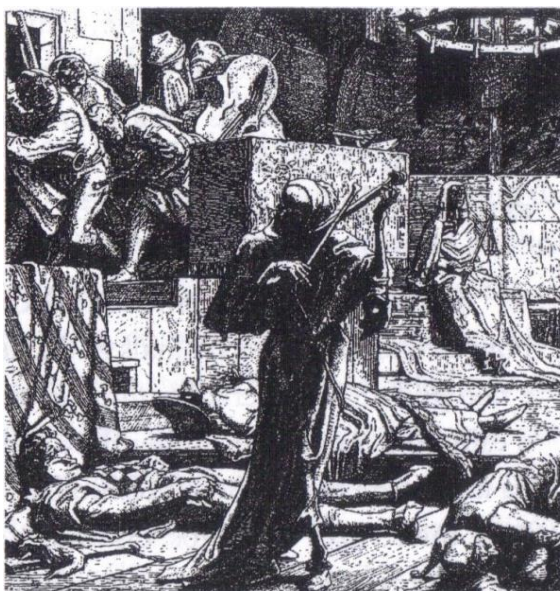
<sup>29</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>30</sup> HIPÓCRATES (400 a.C./1827) apud CORDAS, T. A. & EMÍLIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 44.

Como a melancolia poderia ser considerada uma doença mental nesse contexto? Nesse período da história, ela era compreendida como um excesso da produção de bile negra pelo baço e essa substância produziria uma intoxicação do cérebro.

Para Starobinski, a melancolia estaria ligada à terra, pois é seca e fria. Já o veneno melancólico é um fogo escuro que age em pequenas doses. É um composto complexo com poderes sombrios, de cor escura, potencializando as propriedades corrosivas da bile. O negro está relacionado à escuridão, com a noite e com o anjo da morte. A bile tem um gosto amargo e irritante<sup>31</sup>.

**Figura 2 - Morte, a destruidora<sup>32</sup>**



Até agora foi possível entender como a teoria dos humores e a produção da bile negra afetariam o organismo do ser humano. Contudo, é importante entender também o que ocorre no comportamento e no modo de viver de uma pessoa que tem essa disfunção orgânica. Uma das primeiras características seriam a tristeza e o receio. Hipócrates<sup>33</sup> afirmou que os melancólicos, em geral, eram epiléticos e, por sua vez, os epiléticos eram

---

<sup>31</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

<sup>32</sup> RETHEL, A. (1851) *apud* SCLIAR, M. *Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

<sup>33</sup> HIPÓCRATES (400 a.C./1827) *apud* STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

melancólicos. O que os diferenciavam seria a direção que a doença tomava. Caso se fixasse no corpo, produziria a epilepsia; caso afetasse a inteligência, geraria melancolia.

Muitas afecções podem ser encontradas quando associadas à bile negra. Geralmente possuem um caráter de abandono da sociedade, isolamento, desejos de suicídio, melancolia, além de dificuldade para dormir, entre outras. Hipócrates dizia ainda que “nas afecções melancólicas, as determinações do humor que as ocasionam, produzem as seguintes doenças: ou apoplexia de todo o corpo, ou convulsão, ou loucura, ou cegueira”<sup>34</sup>. Esse filósofo tendia a associar as loucuras à origem orgânica. Por isso, reconheceu, por exemplo, a melancolia como um excesso de produção de bile negra, assim como outras doenças, como a mania e a paranóia. Sua descrição do estado melancólico é clássica: “Aversão à comida, falta de ânimo, insônia, irritabilidade e inquietação [...], se o medo ou a tristeza duram muito tempo, tal estado é próprio da melancolia”<sup>35</sup>.

Na teoria hipocrática, o nome melancolia aparece pela primeira vez, porém, com duplo significado: como uma condição natural do ser humano, ou seja, algo do humor natural que não tem uma predisposição patológica, surgindo, ao mesmo tempo, como uma doença orgânica que acomete esse humor pela produção excessiva da bile negra. No núcleo da teoria de Hipócrates, as doenças e os sintomas neuropsiquiátricos são totalmente atribuídos a uma origem somática e ao desequilíbrio humoral, excesso ou corrupção dos humores, aquecimento, resfriamento, entupimento de vias que deveriam estar desobstruídas, chegando à conclusão de que a melancolia, a mania, e a paranóia tinham uma origem física / orgânica<sup>36</sup>.

Como dito anteriormente, a origem desses desequilíbrios humorais estava relacionada diretamente com o estilo de vida do indivíduo, principalmente, no que concerne à alimentação, exercícios físicos, passando por questões climáticas, pela qualidade do ar que respirava, qualidade do sono, entre outros aspectos. Se tudo fosse feito de modo controlado, e os fluidos do corpo permanecessem em equilíbrio, seria um

---

<sup>34</sup> HIPPOCRATES (400 a.C.). Aphorisms. In: \_\_\_\_\_. *Genuine works of Hippocrates*. Translation Francis Adams, L. L. D, Surgeon. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1939. p. 292-322.

<sup>35</sup> Id. (400 a.C./1827) *apud* CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 43.

<sup>36</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia*: Uma história cultural da tristeza. Tradução Rosa Freire d’Aguilar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

sucesso garantido de felicidade e bem-estar. Do contrário, o mesmo homem seria levado ao estado melancólico.

Sendo assim, se a melancolia era uma doença de ordem orgânica deveria-se, então, contra-atacar essas forças agressoras da mesma maneira? Como por exemplo, com evacuações de fluido negro, por meio de vômitos e fezes, que geralmente tem a tonalidade bem escura, transmutação de um humor para outro, banhos quentes, cuja temperatura deveria ser alternada para fria, além da prática de exercícios moderados e uma reeducação alimentar. Se o paciente não tivesse o entendimento de que precisava realizar essas tarefas para equilibrar seus fluidos, era utilizado um meio mais intrusivo que gerava desconforto para o melancólico, ou seja, ingestão de remédios que provocavam evacuações constantes de forma até violenta. O medicamento para expurgar a bile negra era o heléboro negro, que consistia em uma planta renomada na Antiguidade, muito usada como purgante da melancolia<sup>37</sup>, e foi descoberta pelo pastor Melampódio. Esse medicamento era oriundo da cocção da raiz do *Helleborus Niger* e, algumas vezes, do *Helleborus viridis*, mais fraco e menos tóxico. Produzia diarreia, fezes pretas, vômito e/ou hemorragias<sup>38</sup>. Assim, eliminava todo e qualquer excesso de bile negra do organismo e, conseqüentemente, a melancolia. Ao mesmo tempo em que o remédio tinha como objetivo limpar o organismo e, assim, equilibrar os fluidos, era extremamente irritante para as mucosas.

---

<sup>37</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A segunda partição: a cura da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2012. Vol. III.

<sup>38</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

**Figura 3 - Heléboro Negro**

**Fonte:** O autor<sup>39</sup>.

Outro medicamento que ganhou destaque no período hipocrático foi a mandrágora. Tinha uma função ativa diferente do heléboro. Este visava expurgar, eliminar a quantidade de bile negra do organismo, já a mandrágora tinha uma função mais sedativa. “As pessoas tristes, doentes que querem se estrangular faça-as tomarem manhã

---

<sup>39</sup> Fotografia tirada no Giardino della Minerva. Salerno, Itália (2017).

como bebida a raiz da mandrágora numa dose menor que a necessária para causar o delírio<sup>40</sup>.

**Figura 4 – Mandrágora**



**Fonte:** o autor<sup>41</sup>.

A mandrágora era um remédio muito forte e perigoso, pois era capaz de agir a distância, através do vapor, e sua inalação era utilizada como tratamento, tendo função alucinógena<sup>42</sup>. No entanto, seus poderes eram duvidosos, apesar de muitas crenças e mitos propagarem seus benefícios, suas propriedades sedativas eram confundidas e misturadas com poderes, supostamente, mágicos. A utilização não visava um equilíbrio psíquico, pois era uma substância perigosa que despertava sentimentos de prazer e morte.

Em suma, a medicina tomou curso a partir de Hipócrates, e a teoria humoral passou a ser referência para os médicos no que concerne aos diagnósticos e tratamentos das doenças, entre elas, a melancolia, que era causada por um excesso de bile negra no

<sup>40</sup> HIPÓCRATES (400 a.C.) *apud* STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 28.

<sup>41</sup> Fotografia tirada no Giardino della Minerva. Salerno, Itália (2017).

<sup>42</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

organismo, responsável pelos sentimentos de tristeza prolongada e sintomas melancólicos. Os tratamentos eram feitos através do heléboro e da mandrágora, um com o objetivo de purgar, e a outra de sedar. O significado da melancolia começa a tomar contornos diferentes, principalmente com relação à nomenclatura e as causas, contudo, o tratamento segue a base de medicamentos que eram extraídos da natureza e manipulados pelo homem.

#### 1.4 A melancolia e os homens de exceção

Aristóteles, embora filósofo, pode ser considerado um homem muito importante para a medicina, especialmente no que concerne à melancolia. Suas contribuições foram de extrema utilidade ao longo de muitos séculos. Estudou na Academia de Platão durante muito tempo e, após a morte de seu mestre, insatisfeito por não ter sido escolhido para sucedê-lo, foi embora de Atenas. Primeiro passou a ser tutor de um tirano da Ásia menor e, posteriormente, de Alexandre, o Grande. Em 339 a.C., Aristóteles fundou o Liceu e, assim, atraiu alunos de grande potencial. Aos poucos foi se afastando de uma postura metafísica e platônica em direção à história e à pesquisa<sup>43</sup>.

É atribuído a Aristóteles o primeiro tratado sobre a melancolia<sup>44</sup>. É justamente o *Problema XXX*, livro de sua autoria, que prevalecerá por toda a Antiguidade. Essa obra coloca a relação entre a genialidade e a loucura, posto que, para esse filósofo, a melancolia seria uma predisposição natural do organismo, explicada pela relação entre a ingestão de vinho e o caráter. No *Problema XXX*, Aristóteles apresenta a seguinte questão: “Por que razão todos os homens de exceção, no que concerne à filosofia, à ciência, à poesia ou às artes, são manifestamente melancólicos?”<sup>45</sup>. Vale lembrar que homens de exceção seriam os filósofos, escritores e homens de Estado, pessoas dotadas de importante capacidade intelectual. Para Aristóteles, a teoria humoral ainda era importante, e a bile negra seguia como fator preponderante para o desencadeamento da melancolia. “Essa minoria de

---

<sup>43</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>44</sup> PERES, U. T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

<sup>45</sup> ARISTÓTELES, (384[322 a.C]). *O homem de gênio e a melancolia: o problema XXX, I*. Tradução do grego, apresentação e notas de Jackie Pigeaud. Tradução Alexei Bueno. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1998. p. 81.

peças não ordinárias teria um anormal excesso de bile negra, o que as tornariam mais melancólicas, mais profundas em suas emoções e percepção da vida, o que as predisporia a desenvolver melancolia”<sup>46</sup>.

Porém, o filósofo insere outras explicações, como a ingestão de vinho que, de alguma forma, era capaz de produzir no indivíduo uma gama muito diversificada de “caráteres”. Portanto, ao beber vinho, o homem poderia transformar seu caráter. A direção que esse comportamento irá apontar dependeria da quantidade de vinho ingerido. O estado desse homem, após beber, poderia ser equiparado, de certa forma, a um homem que não bebeu. No entanto, ambos possuiriam o mesmo comportamento, ainda que, para esse segundo homem, o comportamento se desse naturalmente. Dessa forma, entende-se que a ingestão do vinho criava o homem de exceção durante um curto período, enquanto o líquido estava no organismo. Já um homem com o mesmo caráter, dado por natureza, poderia permanecer com esse comportamento em definitivo. Logo, o acidente e a natureza modelavam o comportamento de cada um.

A bile negra era, na verdade, uma mistura do quente com o frio. Em excesso no corpo produzia algumas afecções como apoplexias, terrores, entre outras. Mas, se estivesse muito quente, produziria o efeito contrário. Essas misturas determinavam os diferentes tipos de caráter. “Muitos homens sofreram de doenças que surgiram dessa mistura no corpo, e em outros, a sua natureza evidentemente aponta para problemas desse tipo. Em qualquer um dos casos eles são como dito, a natureza do seu caráter”<sup>47</sup>.

Nesse sentido, “a melancolia não é uma doença do filósofo, mas a sua própria natureza, seu ethos”<sup>48</sup>. As pessoas cujo calor excessivo se mantivesse em um estágio mais equilibrado eram melancólicas também. Contudo, mais sensatas e menos bizarras do que quem não apresentava essas características. De certa forma, muitos domínios são superiores aos outros. O vinho e a mistura da bile negra possuem vento, e é justamente por isso que as doenças ventosas são atribuídas à bile negra. Desse modo, entende-se que as duas substâncias têm natureza semelhante. Uma das evidências que aponta para isso é que o vinho produz espuma, vinho negro mais que o branco, pois contém mais calor e é mais encorpado. A partir disso, surge a pergunta: Por que Aristóteles se utilizou do vinho

---

<sup>46</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 46.

<sup>47</sup> RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000, p.57. (Tradução livre).

<sup>48</sup> PERES, U.T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 15.

para explicar a melancolia? “Em primeiro lugar, porque Aristóteles considera que tanto o vinho como a bílis negra são pneumáticos, quer dizer, contém ar, vento, pneuma”<sup>49</sup>.

Além de associar a ingestão de vinho à melancolia, Aristóteles<sup>50</sup> entendia que essa bebida também levava ao suicídio. Em sua concepção, pessoas que bebiam tinham mais inclinação para cometer esse ato porque o calor da bebida apagava o calor natural e, assim, afetava o raciocínio. A maior incidência de suicídio seria, então, entre os jovens, porque estes tinham enorme vontade de beber até a embriaguez, e o vinho ingerido em quantidades elevadas tornava o homem mais confiante. Contudo, muitos idosos também cometiam suicídio, constatou Aristóteles. Assim, enquanto a velhice se desespera, o jovem é cheio de esperanças.

Como a potência da bile negra é inconstante, entendia-se que os melancólicos apresentavam a mesma característica. Desse modo, se manifestava a mistura da bile, ou muito fria, ou muito quente, responsável por determinar o tipo de caráter e comportamento. Do mesmo modo, a quantidade de vinho ingerida seria responsável por essa determinação. A bile negra e o vinho possuíam características e propriedades do vento. Logo, conclui-se que os melancólicos eram seres de exceção, não por uma doença, mas, por sua natureza.

Na perspectiva da filosofia e da literatura, a melancolia estava associada à genialidade, ao pensamento da filosofia, o que remete a impossibilidade de separar a melancolia da criação ou natureza. Sendo assim, o homem triste é o homem de exceção, profundo. Já a alegria e os momentos de mania eram entendidos como algo superficial. Assim, um antagonismo se coloca na nomeação da melancolia: de um lado um humor advindo da criação, da natureza, não da ordem do patológico, e do outro, uma doença que afeta o organismo e é produzida por um desequilíbrio humoral, ou, mais especificamente, de uma produção em excesso da bile negra, ou *atrabilis*<sup>51</sup>. Desta forma, é possível fazer uma distinção entre aquilo que era da ordem do essencial e do acidental, ou entre o que é da natureza e o que ocorre por acidente. É da ordem da natureza o que acontece segundo

---

<sup>49</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008. p. 46.

<sup>50</sup> ARISTÓTELES, (384[322 a.C]). *O homem de gênio e a melancolia: o problema XXX, I*. Tradução do grego, apresentação e notas de Jackie Pigeaud. Tradução Alexei Bueno. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1998.

<sup>51</sup> PERES, U. T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

a necessidade da própria *physis*; é acidental o que ocorre em decorrência de fatores externos ao ser, ou acontecimentos repentinos e inesperados, não advindos da natureza deste ser<sup>52</sup>.

Aristóteles morreu por volta de 322 a.C., aos 62 anos. Suas ideias permanecem ao longo dos séculos e influenciam de forma significativa a filosofia. Ademais, suas contribuições médicas se expandiram para outros países em uma mistura de filosofia e medicina e foram relevantes para o entendimento da melancolia.

O termo melancolia ganhou força e se fixou de forma importante nesse período. A teoria humoral continua a ser a causa principal da doença, por meio da produção em excesso da bile negra, nesse momento adicionando a mistura entre quente e frio e a quantidade de vinho no organismo, o que determinaria seu caráter e comportamento. A partir do apresentado até aqui surgem algumas indagações: o homem é melancólico por natureza? Mas, se a melancolia não se refere somente às doenças da bÍlis negra, então o melancólico não é necessariamente um doente? Existe saúde na melancolia? A melancolia seria algo da natureza do homem? Ou, seria algum desajuste que levaria a esta patologia? Os homens de exceção estariam condenados a essa doença melancólica? Vamos avançar no tempo observando essas questões.

### **1.5 Evolução teórica: outros importantes mestres**

Com a ascensão do poder romano, a Grécia passou a ser uma província do Império Romano, passando para o Império Bizantino até a chegada do Império Otomano. Porém, a cultura grega não perdeu força e continuou sendo perpetuada, inclusive na medicina. Surgiram muitos médicos que obtiveram êxito ao longo do tempo, dentre eles, destaca-se Asclepiades de Bitínia, que era médico, mas também pregava a filosofia. Foi o primeiro a trabalhar com alucinações e delírios. Além dele, outros merecem destaque como, por exemplo, Sorano de Éfeso, Areteu da Capadócia, entre outros, até a chegada em Galeno<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

<sup>53</sup> CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

O enciclopedista Celso estudou a melancolia por meio das teorias de Asclepíades. Assim como acreditava Hipócrates, Celso defendia que a produção de bile negra no organismo causava tristeza, contudo, adicionou outros ingredientes.

O melancólico deve ser alegrado, serenado: deve-se tentar devolver-lhe a sensação do seu valor. Para afastar suas convicções sombrias, deve-se agir de modo que o mundo se aclare e se suavize ao seu redor. A música é um bom meio de vivificar a atmosfera ambiente.<sup>54</sup>

Surgiu, nesse período, uma nomeação diferente para a melancolia: a melancolia ansiosa, diagnosticada para pacientes mais agitados e radicais que não aceitavam nenhum tipo de terapia. Por isso, recebiam tratamento brutal, com correntes e castigos penosos. A melancolia tinha um caráter de doença mental, algo como a tomada de um caminho errado, um mau sonho, do qual o paciente precisava acordar e assim voltar para seu estado anterior. Uma tentativa de cura seria o tratamento ao contrário, ou seja, colocar esse sujeito em um estado oposto ao melancólico, inserindo-o em uma agitação ou em uma mania furiosa. Aos poucos, os fatores ambientais e afetivos começavam a ser colocados de uma maneira mais intensa, e uma das formas de tratamento era viajar.

Celso dedicava-se também a entender a insônia na melancolia. Existia a possibilidade da utilização do ópio para tratar esse mal. Contudo, ele temia esse caminho pelo fato de o ópio ser uma substância perigosa. Em função disso, entendia que métodos mais suaves eram mais apropriados, como, por exemplo, aplicar na cabeça do melancólico, com insônia, uma mistura de açafão com íris, friccionar a cabeça - com movimentos bem suaves - depois de raspada. E se nada surtisse efeito, podiam ser colocadas ventosas escarificadas na nuca ou recorrer à perigosa papoula<sup>55</sup>.

Sorano de Éfeso também merece destaque pelo fato de se dedicar às descrições clínicas da ginecologia, da pediatria e da doença mental. Este pertencia à escola metódica e foi um dos primeiros a não concordar com a interpretação humoral da melancolia, rejeitando-a totalmente. Associou a melancolia à paranoia em alguns momentos, o que pode ser observado a seguir: “Animosidade para com membros da família, por vezes

---

<sup>54</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p.30.

<sup>55</sup> Op. cit.

exibindo o desejo de viver, e outras, o de morrer [...] suspeitas do paciente de que há um complô engendrado contra ele [...] choro sem razão [...]”<sup>56</sup>.

A causa real da melancolia seria um estado de grande estrição das fibras, ou seja, um estado de compressão. Os sintomas mais importantes seriam ansiedade, abatimento, animosidade para com os outros e tristeza silenciosa. Alternavam momentos de tristeza profunda e depois entravam em estágios de alegria intensa, começando a rir sem parar, e ocorria um estufamento do estomago após as refeições. Nesse momento, já se colocavam os nomes mania (associada à loucura) e melancolia.

Sorano era contrário a alguns tratamentos que eram utilizados na época, como as drogas mais fortes, o ópio e o vinho; também não era a favor do jejum e nem das relações amorosas; considerava inútil o confinamento no escuro, e a utilização da música lhe parecia algo muito fantasioso. Ele considerava que o problema da melancolia era oriundo do esôfago, e a mania, da cabeça. Uma forma de tratamento era através da aplicação de cataplasmas entre as omoplatas, ou na região epigástrica. Outra forma de tentar amenizar os sintomas melancólicos era ir ao teatro e ver espetáculos alegres, pois, assim, era possível realizar um tipo de antidotismo afetivo<sup>57</sup>.

Outra importante contribuição foi a de Areteu da Capadócia, que viveu em Alexandria, e foi o mais importante médico da Escola que carregava o mesmo nome. Era um conhecedor profundo das ideias de Hipócrates e, por incrível que pareça, era contrário à teoria humoral. Areteu acreditava em uma alma física, que vagava pelo corpo e se acalorava dentro de homens com características mais agressivas, fazendo com que seus rostos ficassem vermelhos e essa mesma alma esfriasse, se recolhesse, em homens solitários e temerosos, o que os tornavam pálidos.<sup>58</sup> Entendia que a bile negra poderia ser um desencadeador da melancolia, mas, não era determinante. Areteu foi o primeiro a falar sobre a mania e a melancolia. Em sua concepção, a mania não era considerada um estado de loucura, visão inédita à época. Entendia, então, que a mania era o oposto da melancolia, ou seja, de uma agitação intensa, de uma alegria exacerbada e de ideias de grandeza. Desse modo, fez uma tentativa de separar a melancolia das causas orgânicas e apresentou

---

<sup>56</sup> ROCCATAGLIA, G. (1986) *apud* CORDÁS, T. A; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 49.

<sup>57</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia*: Uma história cultural da tristeza. Tradução Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

<sup>58</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia*: Uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

uma melancolia psicológica, entendida como a consequência da perda de um ente amado.<sup>59</sup> Areteu da Capadócia, afirmou:<sup>60</sup>

Relata-se [...] que um particular que parecia atacado por uma doença incurável, tendo se apaixonado por uma moça, foi curado pelo amor, o que os médicos não conseguiram fazer. Quanto a mim, penso que esse doente tinha sido outrora extremamente apaixonado por essa jovem pessoa, e que não tendo conseguido realizar o seu amor tornara-se sombrio, triste, sonhador, e dera a impressão, aos olhos de seus conterrâneos que não conheciam a causa do mal, de estar sofrendo de melancolia; mas que tendo em seguida mais sucesso e desfrutado do objeto desejado, tornara-se menos sombrio e menos atrabiliário, pois a alegria se dissipou dessa aparência melancólica, e que, apenas desse ponto de vista, o amor se transformou em médico e venceu a melancolia.

Nesse caso, o estado melancólico não seria decorrente de uma produção de bile negra. Essa tristeza teria um componente associado a moral, algo passional, o que só foi desenvolvido nos séculos XIX e XX pela psiquiatria clássica e pela Psicanálise. Sendo assim, se mostra essencial separar os casos em que a melancolia seria uma patologia de caráter orgânico dos casos cuja origem não se explica pelo organismo. “As disposições da alma sempre se traduzem no corpo. Se a causa moral, se a paixão nociva, não é suprimida depressa, o resultado será uma desordem orgânica”<sup>61</sup>. A partir dessa compreensão, o diagnóstico atingiu importante grau de precisão e, conseqüentemente, a orientação do tratamento passou a ser mais adequada.

Nesse cenário, o melancólico possuía algumas características predominantes: se isolava; era atormentado por ideias paranoicas e medo de aprisionamento, sentia-se aterrorizado; suas ideias fantasiosas eram traduzidas para a realidade, jogava praga na vida e tinha um desejo forte de morrer, mesmo que não tivesse aptidão para o suicídio. Quando despertava estava sempre cansado, alternando momentos de alegria intensa e tristeza prolongada, o que era dominado ideia fixa. A melancolia estaria mais propensa a ocorrer em pessoas tristes, especialmente velhos, fracos e solitários. A forma de aliviar esses sintomas era por meio do amor e da verbalização do sofrimento. Assim, o melancólico poderia lidar com seus medos mais profundos<sup>62</sup>.

<sup>59</sup> CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>60</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia*: Uma história cultural da tristeza. Tradução Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 34.

<sup>61</sup> Id.

<sup>62</sup> ARETEU DA CAPADÓCIA (s/d) *apud* SOLOMON, A. *O demônio do meio dia*: Uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

Esse momento da história é essencial para entender que o conceito de melancolia sofreu muitas alterações em seus significados. Aqui temos um misto entre a causa orgânica e a causa moral e amorosa, e como essas podem ser responsáveis pelo adoecimento físico e orgânico? A partir disso, surgem as seguintes perguntas: será que o heléboro ou qualquer outro medicamento usado para extirpar a melancolia faria efeito em um problema moral ou amoroso que ainda não tivesse se propagado para o corpo? A tristeza amorosa seria então um tipo de melancolia? Sendo assim, quais seriam os tratamentos possíveis?

Nesse período, Galeno se destacou como um dos médicos mais importantes. Exerceu muita influência no entendimento das doenças, inclusive da melancolia. Nascido em Pérgamo, capital de Mysia, na Ásia menor, seu pai ofereceu-lhe uma educação mais liberal em comparação ao praticado da época. Por volta dos 18 anos, já estava familiarizado com as ideias de grandes filósofos. Galeno foi médico dos gladiadores, supervisionava a dieta e cuidava dos ferimentos desse grupo e, ao mesmo tempo, estudava filosofia e escrevia diversos tratados.

Ao chegar a Roma, Galeno teria por volta dos trinta e um anos de idade. Por sua grande capacidade intelectual, rapidamente se tornou o médico do imperador Antoninus Pius. Foi considerado o médico de consultório mais bem-sucedido de Roma, além de ter sido um escritor de muito êxito, publicando mais de 500 trabalhos. Em uma de suas teorias, sustentava que as veias conduziam sangue e não ar como foi dito por outros médicos e pensadores. Realizou muitas pesquisas relacionadas ao sistema nervoso central e periférico e foi o primeiro médico a afirmar categoricamente que o corpo era controlado pelo cérebro.

Para Galeno (129-201 a.C), a melancolia seguia a teoria humoral de Hipócrates, portanto, era oriunda da bile negra. Por mais que essa teoria tenha se enfraquecido, principalmente nos pensamentos de Sorano de Éfeso e Areteu da Capadócia, com Galeno retomou sua força, porém, foi renovada por meio de novas diretrizes. O que antes era somente produzida pelo baço, nesse momento, sobre essa substância escurecida, entendia-se que poderia ser produzida e desenvolvida em diferentes lugares do corpo, provocando, assim, diversos outros novos sintomas. Galeno afirma que é possível que a alteração do sangue se limite ao encéfalo:

[...]. E isso acontece de dois modos, ou o humor melancólico ali se joga, vindo de outro lugar, ou é gerado ali mesmo. “Ora, ele é gerado pelo calor considerável do local, que queima a bile amarela, ou a parte mais espessa, ou a mais negra do sangue”<sup>63</sup>.

O humor melancólico possuía também claras diferenças em sua estrutura: existia um tipo que se assemelhava a um poço de sangue, era muito espesso, e outro com estruturas mais leves. O humor melancólico se produzia de forma bem intensa em algumas pessoas, pelo seu comportamento natural ou pelo hábito de ingerir alimentos que se transformavam em tal humor durante a fermentação nas veias. Quando esse humor se encontrava em excesso no encéfalo, produzia melancolia. Alguns adquirem o humor melancólico durante as enfermidades febris. No entanto, alguns fatores poderiam desencadear esse tipo de humor. Estes estariam relacionados com a época do ano, o clima anterior e o atual. Além desses, a idade do doente também poderia desencadear tal humor<sup>64</sup>.

Uma segunda evolução da teoria seria a de que a atrabilis circulasse nas veias de todo o organismo e, desta forma, o encéfalo seria igualmente atingido. A terceira evolução entendia que o estômago, enquanto órgão causador da doença, explicaria a hipocondria. Nesse sentido, dizia Galeno: “Ainda existe uma terceira variedade de melancolia, que tem semelhança com a epilepsia, e tem sua origem no estômago, os médicos a chamam de doença hipocondríaca e flatulenta”<sup>65</sup>.

Ora sobrevêm violentas dores de estômago, que se propagam nas costas; ora o doente vomita substâncias quentes, ácidas que causam incômodos nos dentes. Do estômago inchado, e repleto de bile negra sobem vapores ao encéfalo, ofuscam a inteligência e produzem os sintomas melancólicos.<sup>66</sup>

A bile negra, que se encontrava no sangue, deveria ser absorvida pelo baço e algum resquício teria como destino o estômago, o que despertaria o aumento de apetite.

---

<sup>63</sup> GALENO (129 [201 a.C.]) *apud* STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016, p 36.

<sup>64</sup> GALENO (129[201a.C.]). *Sobre la localización de las enfermedades (de locis affectis)*. Traducción Salud Andrés Aparicio. Madrid: Editorial Gredos, 1997.

<sup>65</sup> *Ibid.* p. 256. (Tradução livre).

<sup>66</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 37.

Quando o baço não executava sua tarefa de forma satisfatória, esse humor ficava impregnado no organismo e o vapor negro subia para o encéfalo provocando a melancolia<sup>67</sup>. A partir desse ponto, Galeno afirma que a teoria dos vapores seria de fundamental importância para o entendimento da melancolia. E, assim, se explicavam não só as ideias obscuras, mas também, as alucinações.

Desse modo, entende-se que ocorreu uma evolução da teoria humoral, com três variedades distintas: (a) afecção melancólica localizada no encéfalo; (b) afecção generalizada, na qual a bile negra produzida em abundância era passada para o sangue e, conseqüentemente, para todo o organismo, incluindo o encéfalo; (c) afecção melancólica localizada no estômago, que era associada à hipocondria e atingiria o encéfalo pela produção de vapores<sup>68</sup>.

Muitos médicos antigos davam o nome de humor negro, e não bile negra, para a porção normal desse humor que era descarregado no intestino, que produzia um vapor e subia para o encéfalo. De acordo com Galeno, era chamada de bile negra as partes as quais por um tipo de combustão e putrefação transformavam suas propriedades e qualidades em ácido. “A caracterização da melancolia como uma moléstia, com frequência de efeitos graves, sua incidência era tida como decorrente da dominância ou da combustão de um dos humores, a bile negra”<sup>69</sup>.

Além de todas essas características de ordem orgânica, Galeno acreditava que os melancólicos eram sempre acompanhados pelos seus medos, em forma de fantasias anormais, que geralmente eram distintas. Todos tinham um desânimo muito intenso, temor, se queixavam da vida constantemente, mas não tinham o desejo de morrer. Para alguns, o ponto principal da sua melancolia era justamente o medo de morrer<sup>70</sup>. Até mesmo as características físicas eram associadas aos tipos de humor; os sanguíneos eram fortes, musculosos, gostavam de comer, beber e de companhia; já os melancólicos eram sempre magros, abatidos, silenciosos e solitários<sup>71</sup>. Galeno afirmou também que a

---

<sup>67</sup> SCLIAR, M. *Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

<sup>68</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

<sup>69</sup> LIMA, L. C. *Melancolia: Literatura*. São Paulo: Unesp, 2017. p. 21.

<sup>70</sup> GALENO (129[201a.C.]). *Sobre la localización de las enfermedades (de locis affectis)*. Traducción Salud Andrés Aparicio. Madrid: Editorial Gredos, 1997.

<sup>71</sup> SCLIAR, M. *Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

melancolia poderia ser o resultado de uma lesão cerebral, ou de fatores externos que, de alguma forma, afetavam um cérebro saudável. No que tange a um desequilíbrio humoral, a bile negra poderia ir em direção ao cérebro, deixando-o seco e danificando o eu<sup>72</sup>.

Para Galeno<sup>73</sup>, a alma era dividida em: (a) externa: composta por cinco sentidos; (b) interna: constituída de habilidades cognitivas ou racionais (centrada no cérebro), e: (c) irracional: localizada no coração e no fígado. Esse conceito trazia também a ideia de que os alimentos ingeridos causariam o desequilíbrio desses humores. Acreditava-se, ainda, que a alma estava contida no cérebro, e as doenças mentais, dentre elas a melancolia, ocorriam em função de uma disfunção nesse órgão. Essa ideia evidenciava a introdução do cérebro no rol das causas das doenças psíquicas, portanto, destituía a exclusividade das explicações pelas crenças ou culturas e pelo organismo.

Como citado acima, a melancolia era tratada a partir da redução da quantidade de bile negra no organismo. Para tanto, era necessário seguir restrições alimentares. Era proibido ingerir carnes negras e alimentos dessa coloração, acreditava-se que esse tipo de alimento era precursor do mal negro no organismo e tais alimentos carregavam consigo tristeza e medo<sup>74</sup>. Desta forma, para ter uma melhora significativa era necessário recorrer a alimentos claros, leves e ricos em umidade.

Também o vinho forte e escuro tem uma inclinação para produzir um humor da atrabilis, se as pessoas consomem em alta quantidade enquanto estiverem em locais quentes. Também queijos produzem esse humor, quando por acaso seus corpos ficam superaquecidos<sup>75</sup>.

No entanto, o tratamento não se restringia a seguir tais procedimentos. O grande desafio residia na bile negra patológica, um resíduo de combustão, acumulado ao longo do tempo, que se não cuidado poderia inflamar<sup>76</sup>.

---

<sup>72</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

<sup>73</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>74</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

<sup>75</sup> RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000. p. 65. (Tradução livre).

<sup>76</sup> Op.cit.

A teoria humoral, por mais que perdurasse, mesmo em seu período de ouro, começou a ser questionada por pensadores com o intuito de restringir as características da doença. Associar qualquer tipo de tristeza, medo, receio, isolamento, dentre outros sintomas à bile negra já não era suficiente para explicar a melancolia. Outras causas surgiram como a moral, a compressão das fibras nervosas e a formação de vapores que atingiam o encéfalo. Desse modo, alguns filósofos começaram a questionar fervorosamente essa mudança.

## CAPÍTULO II: PROGRESSÃO MELANCÓLICA

O conceito de melancolia foi avançando a cada período histórico devido às mudanças de caráter social, religioso, cultural, entre outros. Com isso, ganhou novos significados, do fervor religioso, datado da Idade Média, passando por momentos importantes como o Renascimento, marcado pela emancipação do homem com uma postura mais racional e científica, em contraste com um mundo mítico e religioso, evidenciado na obra de Burton, *Anatomia da Melancolia*, até o Iluminismo, período associado a um movimento intelectual e de avanço da medicina, como será demonstrado a seguir.

### 2.1 A Idade Média

O período medieval teve seu início no ano de 476 d.C., com a derrocada do Império Romano do Ocidente. Seu fim, em 1453, foi provocado pela conquista do Império Bizantino pelos turcos, sendo um período de profundas mudanças. A igreja católica começou a ter mais poder e participação na sociedade. Muitos povos e nações, incluindo os bárbaros, converteram-se ao cristianismo.

Com diversas mudanças, os estudiosos eram cada vez mais raros. A fé cristã não apoiava qualquer pesquisa ou estudo que não estivesse relacionado com as Escrituras. O corpo da Idade Média nada mais era do que o antagonismo entre o Espírito Santo e o pecado da carne, um receptáculo e o reflexo da alma, portanto, qualquer forma de prazer da carne (um pecado) contaminaria a alma diretamente. A partir dessa ideologia surgiram os sete pecados capitais.

A medicina medieval em comparação com a que era aplicada na Antiguidade representava um fracasso. Muitos materiais foram perdidos e somente os monges possuíam uma produção intelectual diferenciada. A Igreja proibia qualquer tipo de estudo que envolvesse a dissecação de cadáveres, pois o corpo era considerado sagrado. É perceptível a mudança significativa em relação ao tratamento das doenças por meio da prática que unia medicina e religião. As freiras faziam o papel de enfermeiras e os monges de médicos. Benzer era um artifício muito usado no tratamento de afecções, somado a

procedimentos de ordem médica. No entanto, nenhum ato cirúrgico era aceito nessa época. Os monges eram estritamente proibidos de realizarem tal atividade cujo caráter invasivo era combatido<sup>1</sup>. A figura a seguir retrata a crença de que para vencer a melancolia era necessário recorrer às potências cósmicas e se casar com o sol e a lua.

**Figura 5 - Obra de Malachias Geiger<sup>2</sup>**



Fonte: GEIGER, M. (1651) *apud* Starobinski (1960).

Os monges tentavam de alguma forma seguir a medicina da Antiguidade. Neste momento, destaca-se Cassiano. Sua participação foi de fundamental importância no começo da Igreja Católica. Seus trabalhos, entre outros temas, relatavam o modo de vida dos monges, desde as vestimentas, as rezas, até suas rotinas. Em seu trabalho sobre os

<sup>1</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>2</sup> GEIGER, M. (1651) *apud* STAROBINSKI, J. *Historia del tratamiento de la melancolia desde los origines hasta 1900*. Tradução Acta Psychosomatica. Basle, Switzerland, 1960.

pecados capitais, surgiu pela primeira vez a palavra *acedia*, um nome medieval correspondente à *melancolia* da Antiguidade, associado também a um desequilíbrio humoral.

*Acedia* consistia em uma doença que afetava, de forma bastante significativa, os padres e os monges, no Egito, deixando-os em completo estado de inércia<sup>3</sup>. “O termo *acedia*, derivado do grego “falta de cuidado”, foi introduzido pelo monge Ioannes Cassianus, que estudou com São Jerônimo e, posteriormente, com São João Crisóstomo, em Constantinopla”<sup>4</sup>.

No início da Idade Média ocidental, um novo termo aparecerá: *acedia* ou *acídia* [...], palavra que hoje tem o sentido de abatimento do corpo e do espírito, enfraquecimento da vontade, inércia, tibieza, moleza, frouxidão, ou ainda *melancolia profunda*.<sup>5</sup>

A *acedia* era classificada, por Cassiano, como um pecado capital, e a outros estados variados como: preguiça, apatia, torpor, descrença em Deus, entre outros.

“Considerado como um pecado, *acedia* era um estado mental de desânimo, letargia que distraía um monge solitário de seus deveres, e por envolver desânimo, às vezes, era identificada como *melancolia*”<sup>6</sup>.

O que então seria realmente a *acedia*, e quais pessoas estavam mais sujeitas a esse tipo de doença? De acordo com Cassiano<sup>7</sup>:

É um peso, um torpor, uma ausência de iniciativa, um desespero total diante da salvação. Alguns a descrevem como uma tristeza que deixa mudo, uma afonia espiritual, a verdadeira “extinção de voz” da alma. Ela seca em nós o poder da palavra e da oração.

---

<sup>3</sup> RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

<sup>4</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 64.

<sup>5</sup> SCLIAR, M. *Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. p. 74.

<sup>6</sup> Tradução livre. RADDEN, J. op. cit. p. 69.

<sup>7</sup> CASSIANO *apud* STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 45.

Os principais afetados pela acedia seriam as pessoas reclusas, tanto os homens, quanto as mulheres, que se dedicavam essencialmente ao monastério. Os monges eram os mais propensos a adquirirem acedia. Portanto, atingia pessoas crentes no espírito e no bem, mas quando distantes desses pensamentos eram tomados por ideias demoníacas e, por isso, cometiam atos pecaminosos. Eram acometidos por uma febre intensa, geralmente ao meio dia, o que era compreendido como uma armadilha do demônio do meio dia<sup>8</sup>.

A acedia não deveria ser associada à preguiça, e sim à tristeza e ao desespero. Segundo estudos elaborados por membros da Igreja, acedia seria um abandono do homem frente às doutrinas religiosas, mas não era equivalente a um esquecimento, ou à falta de desejo de estabelecer essa conexão, mas sim à recusa de trilhar um caminho que levaria à divindade. Essa apatia que caracterizava acedia nada mais era do que o vazio entre o desejo e o objeto que é inapreensível<sup>9</sup>.

Essa patologia se manifestava, especialmente, por meio da exaustão, tristeza, apatia, aversão ao propósito de Deus, e uma vontade de seguir seus desejos relativos à construção de uma família, além da busca pelos seus impulsos interiores<sup>10</sup>. A acedia estava associada à demonologia da época, e resultava em alguns sintomas, como a diminuição da atenção e a falta de capacidade de lidar com questões demoníacas. Era sinônimo do demônio e de completa desistência da vida.

---

<sup>8</sup> CASSIANO *apud* STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

<sup>9</sup> AGAMBEN, G. *Estâncias: a palavra e o fantasma na cultura ocidental*. Minas Gerais: Editora da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

<sup>10</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.



sintomas de ordem física, perda de apetite, palpitações, flatulências e barulhos no ouvido. Sugeriu uma possível influência de traumas emocionais impactando a saúde física, e indicou a música para a melhora dos sintomas melancólicos<sup>13</sup>. Em sua concepção, os primeiros sinais de melancolia são maus julgamentos, medo sem causa determinada, raivas súbitas, grande prazer em ficar sozinho, vertigens, tremedeiras, entre outros. Essas características levariam ao aumento da ansiedade, um abandono das relações sexuais, medo de coisas que existem e que não existem, apontando para um possível delírio, como, por exemplo: medo de que o céu despencasse sobre o indivíduo ou de ser engolido pela terra<sup>14</sup>.

Uma importante referência para a evolução do conceito de melancolia foi vista em Hildegarda de Bingen, notória personalidade da Alemanha, no período medieval. A mais nova de dez irmãs viveu em um monastério. Desde sua infância, Hildegarda dizia ter visões. Seus escritos foram baseados nessas experiências<sup>15</sup>. Bem jovem se converteu à vida religiosa, passando a ser freira. Com a morte do diretor dessa entidade, foi eleita para comandar o pequeno convento, o que fez com que ela tivesse muitas tarefas religiosas desde então. Além de todas essas atribuições, compôs músicas, escreveu poesias, criou idiomas e o mais impressionante, escreveu além de textos voltados para questões espirituais, textos voltados para orientações médicas. Entendia que as doenças tinham mais uma origem voltada para o julgamento de Deus do que um castigo pelo pecado em si.

Ela não ignora os malefícios da bile negra no organismo, o que significa que tem uma percepção absolutamente correta sobre o papel do fígado no organismo e as conseqüências de seus eventuais desregramentos; umas delas, a cólera desmedida.<sup>16</sup>

Assim, a melancolia foi colocada em discussão. Passou a ser entendida como um traço de caráter e não uma doença mental. É possível perceber, em suas obras, uma tentativa clara de se preocupar com a cura da melancolia. Entendia que uma maneira de

---

13 NAMAZI, M.R. (2001) *apud* CORDÁS, T. A; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

14 AVICENNA (1170-87) *apud* RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

15 Tradução livre. RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

16 PERNOUD, R. *Hildegarda de Bingen: a consciência inspirada do século XII*. Tradução Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Rocco, 1996. p. 88.

curar tal mal era eliminar a bile negra do organismo, o que deveria ocorrer por meio de plantas e cocção de vinhos de boa qualidade.

Hildegarda aceitava a teoria humoral praticada na Antiguidade, contudo, fez algumas alterações referentes a ela. Antes representada pelos quatro elementos: úmido, seco, frio e quente, a partir de Hildegarda, os elementos passaram a ser: seco, úmido, torpor e espuma. Entendia que a doença surgia sempre que a proporção desses elementos no corpo estivesse desequilibrada. Para acompanhar esse processo, criou índices, combinações e permutações entre tais elementos, permitindo identificar 24 tipos de doenças. Existiam duas maneiras pelas quais os humores poderiam causar doenças, uma seria através do desequilíbrio dos humores, que eram medidos por índices, e a outra pela toxicidade intrínseca aos maus humores. Pode-se observar, portanto, duas diferentes etiologias para a doença<sup>17</sup>.

A cura das doenças era tratada por Hildegarda essencialmente por meio de remédios oferecidos pela natureza, à base de ervas e receitas. Para uma dor de cabeça causada pela melancolia, por exemplo, nada melhor do que a mistura de sálvia, malva, óleo de oliva e vinagre. A cada um desses ingredientes era atribuída determinada função para a cura do mal-estar<sup>18</sup>.

É possível perceber que mesmo com o avanço do tempo, por mais que algumas alterações tenham sido feitas na teoria humoral, sua essência persistiu por muitos anos. Na Idade Média, dominou a escola de Salerno, representada por Constantino, o Africano. Esta representa uma junção entre a ciência da Antiguidade e a Idade Média Cristã.

Constantino dedicou grande parte dos seus estudos à descrição, causas e sintomas da melancolia. Afirmou que essa patologia era decorrente do estilo de vida que a pessoa tinha e que essa afecção era mais propensa para pessoas religiosas (ou envolvidas com a religião) e pessoas solitárias. Por isso, para poder tratar a melancolia, deveria-se reorganizar o estilo de vida. Constantino propôs a ordenação e a regulação de seis elementos, além dos medicamentos, a saber: o ar; os alimentos e bebidas; a retenção e a expulsão de fluídos; o exercício e o repouso; o sono e a vigília e as paixões da alma.

---

<sup>17</sup> SWEET, V. *Rooted in the Earth, Rooted in the Sky: Hildegarda of Bingen and Premodern Medicine*. New York & London. Routledge, 2006.

<sup>18</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

Alguns procedimentos para tratar a melancolia eram muito curiosos. Se a doença estivesse centralizada na cabeça, esta era raspada e se faziam aplicações de leite humano (da mulher) ou de jumenta. Na verdade, mesmo que a origem não se fixasse nessa região, era importante cuidar sempre da cabeça. Acreditava-se que os vapores produzidos em outros órgãos carregavam esses gases para o cérebro. Além disso, ouvir música e seguir uma dieta mais leve era fundamental para uma melhora significativa. Como o humor melancólico é seco e frio, era importante adicionar à dieta produtos com características opostas. Outras formas de amenizar a melancolia eram por meio de banhos mornos, exercícios regulares, especialmente durante o dia, em lugares secos e com aromas agradáveis. Todo o tipo de expurgação era aconselhável, já que a retenção de substâncias poderia ocasionar sintomas melancólicos. Constantino também era adepto da utilização de drogas para o tratamento, como o heléboro, citado anteriormente, muito usado na Antiguidade<sup>19</sup>.

## 2.2 O Renascimento

O Renascimento representou uma mudança significativa nos séculos XIV, XV e XVI. Esse período marcou a inovação de ideias jamais vistas pelo homem medieval. Promoveu a emancipação do homem, que passou a ser o centro do universo, em oposição à visão anterior centrada em Deus e na religião. Como toda evolução histórica, o movimento renascentista carregava uma mistura do passado com significativas mudanças do presente. Estabeleceu uma disputa entre a antiga concepção de um mundo espiritual e místico ao defender uma posição racional e científica. Modificou também a visão das atividades culturais e artísticas, além de apresentar transformações no âmbito da anatomia e da astronomia, entre outras<sup>20</sup>. Em decorrência disso, a melancolia passou a ter um caráter diferente do abatimento característico da acedia da Idade Média.

---

<sup>19</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

<sup>20</sup> CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

O Renascimento é a idade de ouro da melancolia. Sob a influência de Marsílio Ficino e dos platônicos de Florença, a melancolia-temperamento aparece como apanágio quase exclusivo do poeta, do artista, do grande príncipe e, sobretudo do verdadeiro filósofo<sup>21</sup>.

A postura desse novo homem, livre para pensar, frente às doenças mentais, visava abandonar, de certa maneira, a batalha entre Deus e o diabo. Colocava mais atenção, não somente na parte orgânica, mas na filosofia e na psicologia, embora, os pensamentos voltados para bruxas e demônios não tivessem sido abandonados de forma definitiva. Segundo a psicanalista Maria Rita Kehl<sup>22</sup>: “o melancólico do humanismo, convocado a buscar em si mesmo a medida de suas escolhas, reúne vontade de saber, consciência de si, busca de sentido, angústia diante da escolha”.

O sofrimento na Idade Média era associado ao pecado. No renascimento, passou a ser considerado como uma doença denominada melancolia, inerente a um tipo de caráter, de uma personalidade melancólica<sup>23</sup>.

Muitas personalidades foram importantes para representar esse período da história, entre elas, Marsílio Ficino. Melancólico, filho de médico, nascido na Itália, em 1433, sob o signo de Saturno (considerado um planeta obscuro)<sup>24</sup>. Foi reconhecido como o grande expoente do Renascimento italiano e traduziu diversos escritos filosóficos da época antiga. Sua formação cultural, na sua maior parte, foi realizada em Florença. Aprendeu filosofia e medicina, mas não tinha uma formação médica tradicional. Ainda assim, trabalhou em um hospital, onde ampliou seus conhecimentos.

Seguindo seus interesses filosóficos, Ficino trabalhou sob a orientação de Cosimo de Medici, que o indicou para comandar uma Academia platônica em Florença. Seu interesse pelo bem-estar e pela saúde pode ser encontrado no livro intitulado *Três Livros na vida*. Nesta obra, apresenta as causas, as curas e os cuidados para com a saúde. Foi lido por Robert Burton, autor que será tratado mais adiante. Esse foi o primeiro trabalho realizado no Renascimento, associando a teoria Aristotélica dos homens brilhantes à melancolia, além de relacionar a astrologia, especificamente a relação dos planetas, em

---

<sup>21</sup> FICINO (1482) *apud* STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016, p.52.

<sup>22</sup> KEHL, M. R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 69.

<sup>23</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

<sup>24</sup> RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

particular, Saturno, com o estado melancólico. A fleuma entorpecia e sufocava a inteligência, enquanto a bile negra, em larga quantidade, causava irritação na mente e distorções no julgamento. Acreditava-se que a bile negra secava a mente, consumindo, assim, a umidade da alma. Sendo assim, por que os filósofos estariam mais expostos à melancolia? Essas pessoas estariam mais propensas a ação da bile negra, pois seus pensamentos e corações se rendiam à contemplação, ocorrendo, então, uma separação do corpo e da alma<sup>25</sup>. O fígado e o estômago ficariam paralisados, o sangue esfriaria, se tornaria grosso e negro, e quando as almas fizessem o caminho de volta ao corpo, este já estaria melancólico.

De alguma forma, Ficino não era totalmente satisfeito com a teoria Aristotélica, que dizia que somente os homens de gênio possuíam uma tendência de contrair a melancolia, por mergulharem em pensamentos mais profundos; ele dizia que o homem comum com a mente perturbada era o que tinha mais valor, pois através dela era possível ser lançado para uma inadequação melancólica de sua relação com Deus, e o estado melancólico estava muito associado à morte. Ficino também era melancólico, por isso, seus relatos possuíam um caráter de autobiografia, descrevendo, assim, a fleuma não melancólica de um lado, e a doença do outro, chegando a uma ideia de que, apesar de a bile negra ser responsável pela melancolia, ela também poderia tornar as pessoas mais profundas e inteligentes<sup>26</sup>.

Existiam três causas principais para que pessoas de exceção apresentassem sintomas melancólicos: a primeira seria celestial; a segunda natural; e a terceira humana<sup>27</sup>. A celestial seria pelo fato de que, na astronomia, Saturno era considerado um planeta frio e seco, assim como a natureza da melancolia, de acordo com que os médicos diziam. “Planeta da contemplação e do pensamento abstrato, Saturno é também a estrela que governa o temperamento melancólico e é inimigo das forças vitais da juventude”<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

<sup>26</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

<sup>27</sup> FICINO (1492) *apud* SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

<sup>28</sup> BERLINCK, L. C., *op. cit.*, 2008, p. 23.

**Figura 7 – Primavera, de Botticelli<sup>29</sup>**



Saturno é pesado, forma pessoas materialistas e focadas na sensualidade. Distante, frio e seco, absorve a força vital, deixando a alma atônita, completamente na inércia, condenada a uma tristeza sem fim. Porém, tem uma característica interessante: é o mais elevado e nobre dos planetas, posto que, ampliava a inteligência e a capacidade de contemplação, o que explica, de certa forma, a elevação espiritual voltada para o divino. Essa característica pode ser relacionada com a problemática Aristotélica, pois Saturno não afetaria qualquer tipo de homem, e sim, os excepcionais e mais ilustres, fazendo oscilar entre a tristeza apática, o furor sensual e o furor divino<sup>30</sup>.

A segunda causa, a natural, teria como característica a busca pela ciência. Ficino acreditava que a alma deveria atrair para si coisas externas, ou seja, de fora para dentro, da circunferência para o centro. A terceira causa é intrínseca ao ser humano. A constante agitação da mente secava o cérebro, assim sendo, quando a umidade fosse consumida de forma significativa, o calor era também extinto. Nessa sequência de eventos, a natureza do cérebro se tornava seca e úmida, assim como são as características da terra e da melancolia<sup>31</sup>. Um resumo do período Renascentista pode ser explicado da seguinte forma:

<sup>29</sup> BERLINCK, L. C. *Melancholia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

<sup>30</sup> FICINO (1492) apud Ibid.

<sup>31</sup> FICINO (1492) apud RADDEN, J. *The nature os melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

No Renascimento predomina a distinção entre a melancolia sublime e a melancolia vulgar, teoria atribuída a Marsilius Ficino, médico florentino, autor de *Da vita tríplice*. Ficino foi também fascinado pela astrologia; o seu tratado reúne quatro tradições de pensamento: a hipocrática (teoria dos humores), a platônica (poesia e furor), a astrológica (Saturno e melancolia) e, por fim, a aristotélica, que vincula melancolia e genialidade.<sup>32</sup>

O Renascimento, sobretudo na teoria de Ficino, se caracteriza pelo acúmulo das teorias advindas de outros períodos mais antigos, além da soma de novas formulações. A melancolia e seus significados vão sofrendo alterações significativas ao longo do tempo.

Uma das correntes do Renascimento associava a melancolia às bruxas. Um dos grandes representantes dessa visão era o médico da corte holandesa Jan Wier<sup>33</sup>, que colocava as feiticeiras como vítimas de sua própria melancolia. Estas eram consideradas doentes mentais, o que fez com que algumas delas não fossem executadas por feitiçaria. As vítimas das bruxas geralmente eram pessoas mais frágeis, que tinham intensos delírios e as acusavam de roubar seus órgãos genitais. A seguir, apresenta-se uma reprodução da obra do jurista e filósofo alemão Christian Thomasius (1712), que empreendeu a abolição à tortura e à caça às bruxas.

---

<sup>32</sup> PERES, U.T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 16.

<sup>33</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

**Figura 8 – Bruxas voando em vassouras<sup>34</sup>**

Uma referência muito importante para Starobinski foi André Du Laurens. Este foi o primeiro médico de Henrique IV. Era um homem recluso, médico conceituado, certamente um erudito, embora não fosse considerado um sábio. Existia uma preocupação para com o ar que o ser humano respirava, era preciso refrescar o ambiente com flores, com aromas agradáveis, e as cores eram importantíssimas para alegrar o melancólico, sendo melhor oferecer-lhes cores alegres e não escuras e pesadas. A alimentação era uma preocupação muito importante, tudo deveria ser orientado para uma refeição leve, para que os vapores que subissem ao cérebro fossem menos danosos. Mesmo seguindo todas essas orientações, a cura do estado melancólico não seria garantida de forma eficaz, pois os melancólicos eram muito resistentes à cura. Faltava-lhes vontade para tal, pois eram apegados a sua doença. Os vapores da melancolia exalavam por suas bocas<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> A autoria de Christian Thomasius (1712) *apud* SCLIAR, M. *Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

<sup>35</sup> STAROBINSKI, J. *Historia del tratamiento de la melancolia desde los origines hasta 1900*. Tradução Acta Psychosomatica. Basle, Switzerland, 1960.

[...] Du Laurens, ao final do século XVI, é ainda um testemunho; para ele, melancolia e sonho teriam a mesma origem, e com relação a verdade teriam o mesmo valor. Há “sonhos naturais” que representam aquilo que, durante a vigília, passou pelos sentidos ou pelo entendimento mas, que é alterado pelo temperamento próprio do sujeito; do mesmo modo, existe uma melancolia que tem origem apenas física na compleição do doente, e que modifica, para seu espírito, a importância, o valor e como que o matiz dos eventos reais. Mas também existe uma melancolia que permite predizer o futuro, falar numa língua desconhecida, ver seres normalmente invisíveis; esta melancolia tem sua origem numa intervenção sobrenatural, a mesma que faz vir o espírito de quem dorme os sonhos que antecipam o futuro, anunciam os eventos e fazem ver “coisas estranhas”.<sup>36</sup>

Du Laurens dividia a mente em três partes: razão, imaginação e memória. Classificava a melancolia a partir da imaginação, assim indicava que a razão do melancólico não era afetada de forma significativa. Estaria de acordo com as questões religiosas e, por isso, não seria julgado e amaldiçoado por Deus. A melancolia possuía diversos graus de intensidade. Em menor grau não seria considerada doença, pois estaria no limite do saudável. Acreditava que o cérebro do melancólico estava coberto de bile negra, e quando os olhos miravam para dentro só encontram escuridão.

Os espíritos e vapores negros passam continuamente pelos tendões, veias e artérias, do cérebro para o olho, o que faz com que este veja muitas sombras e aparições não verdadeiras no ar, e do olho as formas são transmitidas à imaginação.<sup>37</sup>

Era importante para o melancólico não se afundar em uma solidão brutal, portanto, deveria estar sempre acompanhado para ter boas conversas, ouvir histórias agradáveis e música para animá-lo, era importante, ainda, estar inserido em um contexto social. Com relação ao tratamento à base de remédios, no Renascimento, existiam três grandes medicamentos que deveriam ser ministrados e precisavam ser misturados: os evacuativos para expelir o humor corrompido; os alternativos, que diluíam, suavizavam e umidificavam a bile negra; e os confortativos que devolviam ao paciente o furor e a alegria. Para a insônia, Du Laurens recomendava uma quantidade infinita de drogas.

---

<sup>36</sup> Du LAURENS (1597) *apud* FOUCAULT, M. *História da loucura*: na Idade clássica. 10. ed. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2014. p. 238.

<sup>37</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia*: Uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. p. 277.

A teoria dos vapores ainda aparece com muita força nesse período, e um conselheiro, médico de Luis XV, dedica a esse tema uma obra inteira:

A melancolia vem sempre da dissipação da serosidade do sangue, e das partes mais divididas desse líquido; quando é despojado de seu veículo, só consegue circular com lentidão [...]. Quando as matérias que causam a melancolia se fixam nas vísceras do abdômen, vão geralmente para o espírito, tornam triste, inquieto [...]. A matéria dos entupimentos que causam esses sintomas é ordinariamente espessa, viscosa, e difícil de destruir; em breve ela toma, ou tomou o aspecto que deve conservar durante toda a doença; é acida ou rançosa; distinguimo-la pelas impressões que causa no estômago ou na boca, e pela natureza dos arrotos; são dados em quantidade, e ordinariamente tem um ou outro gosto [...]. Como essas causas da melancolia são diferentes, exigem também uma cura diferente; se os arrotos são ácidos, damos remédios em condições de dividir e destruir as matérias acres; se são nidorosos, damos ácidos [...]. Quando os arrotos são acres, nada convém melhor que sabão com sal de absinto, raiz de valeriana, de genciana e de outras plantas da mesma qualidade; também nos servimos com sucesso de gomas que dissolvem sem irritar, como a assa-fétida, o opopânace, o gálbano, o sagapeno, o olíbano.<sup>38</sup>

Timothie Bright, nascido em Cambridge, na metade do século XVI, especificamente em 1550, escreveu diversos trabalhos médicos. Um dos mais brilhantes serviu de base para o estudo da melancolia: o *Tratado da Melancolia*. Foi escrito em 1568 e inspirou uma das maiores obras sobre a melancolia no período do Renascimento: *Anatomia da Melancolia*, de Robert Burton.

Bright tinha em sua conduta duas preocupações principais: religião e medicina, no seu Tratado ele queria demonstrar a diferença entre a melancolia natural e a influência do peso religioso sobre as consciências aflitas. Esse trabalho foi considerado como um dos primeiros ensaios no que concerne à interação entre corpo e mente, e a influência das mentes afetadas na saúde do corpo. Bright dividia a melancolia em duas instâncias: a melancolia como doença, um temor ocasionado pelo humor melancólico, e distinguiu com o humor melancólico natural e não natural, sendo considerada uma teoria complexa e confusa.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> RAULIN, J. (1759) *apud* STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 57.

<sup>39</sup> Tradução livre. RADDEN, J. *The nature os melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

Esse humor é de dois tipos: natural, ou não natural, natural é tanto a parte espessa do sangue ordenado para nutrição, que seja por abundância ou por calor imoderado, passando por medida, sobrecarregando o corpo, e levando ao cérebro certos vapores, através do qual o entendimento é obscuro, ou ainda é um excremento ordenado para ser evitado fora do corpo, por muitas alterações do calor natural, e da variedade de concussões, não tendo nenhuma gota de suco sobrando, em que o corpo, tanto em poder ou substância, pode ser aliviado (tradução livre).<sup>40</sup>

Além dessas causas que carregavam muito das teorias de Hipócrates e Galeno, tanto no que concerne ao humor negro, como à teoria dos vapores, Bright tinha interesse em entender questões que levavam esses doentes a contraírem melancolia. Eles eram tristes e amedrontados, e como características principais apresentavam dúvidas, desconfiança, alguns momentos de fúria e momentos de alegria com gargalhadas falsas; existia uma variação que indicava uma questão maníaca depressiva, mesmo que esse termo ainda nesse período não fosse utilizado.

Se a pessoa se encontrasse em um estado de medo, imaginações, sonhos tenebrosos, apodrecimento de uma parte ou outra do seu corpo, e isso corrompesse o estado do corpo em espírito, em sangue e substância, este era considerado melancólico. O aumento do terror nessas mentes aflitas duplicava o medo, e a falta de coragem bloqueava os atalhos para a redenção, levando esse homem a descreer na misericórdia e perdão de seu Deus<sup>41</sup>.

É possível perceber que o significado da melancolia foi sendo modificado ao longo da história. Porém, existe uma base estrutural que está fundada na sua maior parte, guardada algumas outras vertentes, na questão da teoria humoral, dos vapores e do abandono dos deuses, e a forma de cura ou era através, principalmente, de medicamentos que eram à base de plantas, ou por uma tentativa de aproximação e recuperação da relação com esses deuses. Existiam outras formas de amenizar os sintomas, especialmente à base de dietas rigorosas, banhos quentes, exercícios físicos, atividades culturais, como ouvir música e participar de boas conversas. Parece que a melancolia vai ganhando em todos os seus significados uma autonomia incrível nesse período da história, onde tudo se torna

---

<sup>40</sup> BRIGHT, T. (1586) *apud* RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000. p.121.

<sup>41</sup> *Id.*

melancolia, e Robert Burton em sua obra *Anatomia da Melancolia* vai entrar justamente em todos esses aspectos.

### 2.3 Autonomia da melancolia

A obra *Anatomia da Melancolia* é um dos mais importantes clássicos no que se refere ao período renascentista, embora ainda com muitas influências da Idade Média. O autor dessa belíssima obra, publicada pela primeira vez, na Inglaterra, em 1621, é Robert Burton. Quarto filho de nove irmãos nasceu precisamente em 08 de fevereiro de 1577, na cidade de Lindley, Leicestershire. Sua carreira acadêmica começou quando tinha dezesseis anos, em Oxford, teve uma vida muito reservada e silenciosa, era estudante, conseqüentemente, lia muitos livros, escrevia e frequentava muito a biblioteca e isso o incomodava, pois acreditava que era um fardo que deveria carregar.

Apesar de ser uma obra com um potencial incrível, a popularidade do livro entrou em colapso durante o século XVIII, porém, no começo do século XIX, a obra deslanchou e, desde então, vem sendo procurada até os dias atuais. *A Anatomia da Melancolia* está repleta de teorias precedentes, poderia ser até uma coletânea do passado, suas teorias humorais são advindas de Hipócrates e Galeno. Uma das mais importantes referências para Burton foi Du Laurens com sua obra intitulada *Discurso da Melancolia*<sup>42</sup>.

Solomon reforça essa ideia de que a obra de Burton era uma obra confusa e, ao mesmo tempo, síntese de diversas teorias já então estudadas quando relata:

É um volume sutil, contraditório, mal organizado, tremendamente sábio, que sintetiza e tenta reconciliar as filosofias de Aristóteles e Ficino, os personagens de Shakespeare, os insights médicos de Hipócrates e Galeno, os impulsos religiosos da Igreja medieval e renascentista e as experiências pessoais de doença e introspecção.<sup>43</sup>

Burton se considerava melancólico, e essa foi uma das razões pelo interesse em escrever sobre o tema. Sua obra atual é dividida em quatro volumes, no primeiro ele se

---

<sup>42</sup> RADDEN, J. *The nature os melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

<sup>43</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. p. 279.

coloca como Demócrito Junior, foi um pseudônimo que ele usou para comentar sobre a sua própria vida, e sua doença, pois Demócrito foi um personagem dos primórdios filosóficos que, segundo ele, também era melancólico e se isolou do mundo. Para Burton, o nome de Demócrito sugeria o filósofo que ri, ele era um pensador pré-socrático e, apesar de suas gargalhadas, era um crítico veemente do homem e da sociedade, assim como da relação entre eles<sup>44</sup>. Era um homem velho, que sofria de uma terrível melancolia, completamente sozinho, avesso a qualquer tipo de companhia. Entregue aos estudos, escreveu obras excelentes, era filósofo, teólogo, um médico competente, político, além de ser um grande matemático, assim como Burton, que parecia se identificar de forma bastante intensa com esse personagem da Grécia Antiga. E por que será que um homem com todos esses predicados se isolou do mundo e do convívio com seus semelhantes?

Depois de viajar o mundo em busca de conhecimento, Demócrito se fixou em Abdera, uma cidade da Trácia, onde morou em um jardim do subúrbio, dedicando-se somente aos seus estudos e à vida reclusa<sup>45</sup>.

Mas Burton tinha o discernimento de que ele não podia se comparar, de forma alguma, com Demócrito, caracterizando-se, talvez, um traço melancólico importantíssimo e que será estudado em um período da história posterior, que é a redução da autoestima, tanto que ele mesmo diz em sua obra:

Mas, nesse meio tempo, qual a minha relação com isso, com que autoridade usurpei tal hábito? Confesso, de fato, que me comparar a ele, pelo que disse até agora, seria impudor e arrogância. Não presumo traçar nenhum paralelo [...]. Ele está imensuravelmente à minha frente; sou irrelevante, sou um nada, pouco aspiro e pouco espero.<sup>46</sup>

Burton não queria se equiparar ao seu pseudônimo no que fosse referente às suas qualidades e inteligência ímpar, ele se identificava na questão do isolamento, na vida sedentária e reclusa, que ambos possuíam e que indicava para uma problemática melancólica.

Demócrito vivia isolado, dissecando animais e estudando a melancolia, queria descobrir, ao cometer esses atos bárbaros, onde estava a *atrabilis*, e assim poder encontrar

---

<sup>44</sup> BABB, L. *Sanity in Bedlam: A study of Robert Burton's Anatomy of Melancholy*: The Michigan State University Press, 1959.

<sup>45</sup> BURTON, R (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. Prefácio Manoel da Tosta Berlinck. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: Ed. UFRP, 2011a. Vol. I.

<sup>46</sup> Ibid. p.55.

onde, especificamente, estava a causa da melancolia, para encontrar a cura. Esse tipo de atividade manual de dissecação era completamente contrário ao estilo de vida de um filósofo, mesmo que esse procedimento bruto não fosse aplicado a cadáveres humanos. Nesse período, homens de exceção tentavam entender as questões da vida através do raciocínio, contudo, parece que Demócrito tinha uma visão mais prática da vida que se aproximava da modernidade, o que não o livrou certamente da melancolia<sup>47</sup>. A vida para Demócrito era tão patética que ele vivia dando gargalhadas, ele ficava totalmente em êxtase com essa paixão irônica, tanto que os cidadãos da cidade de Abdera acreditavam que ele se encontrava em um estado de completa loucura. Prontamente pediram ajuda para Hipócrates, que era conhecido como o pai da medicina, para fazer uma visita a ele para poder entender o que estava acontecendo. Essa passagem é muito importante e retrata, de alguma forma, um mal-estar na civilização que foi trabalhado por Freud posteriormente, e que era sentido por Demócrito no seu período. Quando o distinto e respeitado médico chegou à pequena cidade, os habitantes o cercaram, alguns até chorando, pedindo que ele pudesse curar o então pobre condenado, depois de uma refeição bem robusta, todos partiram ao encontro de Demócrito esperançosos<sup>48</sup>.

Quando Hipócrates chegou com o povo, Demócrito estava em seu jardim, sozinho, malvestido e dissecando animais, e quando perguntado sobre o que estava fazendo, o mesmo disse que estava tentando encontrar a cura da melancolia. Tal resposta despertou no genial médico uma grande curiosidade e admiração, dizendo a Demócrito que ele próprio não tinha tempo para se dedicar a tal gesto, pois os deveres do dia a dia o impediam, o que fez o velho homem cair na gargalhada. Quando Hipócrates perguntou por que ele estava rindo, foi surpreendido com uma resposta digna de um homem de exceção:

Das vaidades e afetações destes tempos, por ver homens desprovidos de todas as ações virtuosas, caçando ouro tão longe, numa ambição sem fim; esforçando-se infinitamente por uma glória tão pequena e para serem estimados pelos homens; cavando tantas minas na terra em busca de ouro, muitas vezes sem nada achar, perdendo suas vidas e fortunas.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> SCLIAR, M. *Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

<sup>48</sup> BURTON, R (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. Prefácio Manoel da Tosta Berlinck. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: Ed. UFRP, 2011a. Vol. I.

<sup>49</sup> Ibid. p. 98.

Além de condenar esses homens ambiciosos, ainda apontou o casamento como uma farsa, um amor que é abandonado, dos filhos que, depois de criados, viram-se contra os próprios pais, tudo isso para ele era digno de gargalhadas. Segundo Demócrito, tudo era feito com a pior das intenções, e os desejos eram sempre inconstantes, todos eram tomados pelos pecados, desordenados em suas mentes. Desta forma, ao terminar seu discurso, ele pede para que Hipócrates não repreendesse seu riso.

O sábio médico, ao ouvir essas palavras brilhantes, tentou de alguma forma ter uma visão mais otimista, e disse ao homem dos risos que não poderia desanimar, pois não era possível prever o futuro, e que era preciso tentar, mesmo diante de tantas incertezas, caso contrário, todos ficariam inertes a toda situação, não buscariam seus ideais por mais que pudessem ser fracassados em um momento posterior, que todo homem espera pelo melhor, e assim age, portanto, nada era motivo para gargalhadas.

Demócrito novamente cai em risos, e avalia mais comportamentos dos homens, dizendo que o intuito de dissecar os animais é o de tentar encontrar o mal que atormenta o homem, e que o faz agir de forma tola e ambiciosa. Como já estava ficando tarde, Hipócrates o deixou e, assim que partiu, o povo se aproximou para saber o que ele achou do comportamento do tal homem dos risos, e Hipócrates humildemente disse: “Apesar da negligência quanto às vestes, ao corpo e à dieta, o mundo não tinha alguém mais sábio, mais erudito, e mais honesto, e estavam muito enganados ao afirmar que fosse louco”<sup>50</sup>.

Nesse momento, é possível entender que a melancolia de Demócrito tem um cunho mais moral, de uma insatisfação para com a sociedade e com o comportamento do homem e seu convívio, sendo assim, não parece ser alguma coisa oriunda da bile negra, seria, talvez, o mal-estar na civilização renascentista? Certamente o trabalho para dissecar animais não seria suficiente para entender a causa da melancolia, já que é possível ver nesse contexto uma questão mais moral e social.

Na primeira partição, Burton começa um grande ensaio sobre as causas da melancolia, e quando eu digo “autonomia da melancolia” é porque, nessa obra, parece que qualquer situação pode ser desencadeadora da doença, a melancolia parece ter uma autonomia, uma vida própria.

---

<sup>50</sup> BURTON, R (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. Prefácio Manoel da Tosta Berlinck. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: Ed. UFRP, 2011a. Vol. I., p. 102.

Babb, antropólogo e autor do livro *Sanity in Bedlam: A study of Robert Burton's Anatomy of Melancholy*<sup>51</sup>, apontou que, enumerando as causas da melancolia, Burton não abriu mão de nenhuma, todos os homens sofriam de problemas psicológicos oriundos do pecado e da loucura, a melancolia era de certa forma universal, pois, quem não sofria de melancolia? Essa doença foi adquirindo uma autonomia incrível nesse período, um vírus letal que poderia afetar toda a humanidade. No começo, Burton fez uma revisão geral de todas as teorias até aqui apresentadas, uma junção dos principais pensadores, desde Hipócrates, até seus sucessores mais importantes. Burton traçou uma verdadeira dissecação do corpo humano, explicando cada detalhe, separando o corpo da mente, assim como as devidas partes afetadas, porém, por ser uma obra muito vasta, somente algumas das causas, sintomas e tentativas de cura mais relevantes serão tratadas neste trabalho.

Antes de apresentar as causas principais, Burton tentou diferenciar a melancolia no que se refere a sua nomeação. Disse que o nome melancolia é colocado pela matéria e a doença denominada pela sua causa. Então, o que seria a melancolia? Ela é causa ou efeito? Uma doença ou um sintoma? Parece que as dúvidas de Burton permaneceram até os dias de hoje. Ao responder essas questões, ele recorreu a diversas referências, como os filósofos e estudiosos citados anteriormente.

As causas podem ser: internas, inatas e congênitas, ou então, de origem externa, que nos atingem depois do nosso nascimento. Aquelas que nascem conosco podem ser naturais, assim como a velhice<sup>52</sup>. É uma doença intrínseca a todos os seres humanos e não é possível evitá-la. As características dessa fase da vida são semelhantes à melancolia, ou seja, frias e secas. Depois de atingir uma idade avançada, não há como o homem não se tornar melancólico, sobretudo aqueles que tinham uma vida muito ativa e agitada e que, de repente, abandonam tudo. Como resultado, não conseguem administrar seus bens, ficam enfermos constantemente, com muitas dores, sofrimentos e aflições, se irritam facilmente e ficam rabugentos.

Outra causa já abordada é a má dieta, em termos de qualidade e quantidade, que podem gerar um destempero entre os órgãos do corpo, causando um desequilíbrio

---

<sup>51</sup> BABB, L. *Sanity in Bedlam: A study of Robert Burton's Anatomy of Melancholy*: The Michigan State University Press, 1959.

<sup>52</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A primeira partição: causas da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2011b. Vol. II.

humoral, resultando na produção em excesso de bile negra no organismo, que é levada através do vapor ao cérebro, ocasionando o estado melancólico. Assim como a retenção, que é extremamente prejudicial, a evacuação, por mais que trouxesse alívio, quando era muito violenta, irritava e causava uma dor muito forte para o indivíduo.

Outra forma de sofrimento significativo para a questão melancólica dizia respeito à prática de exercícios de forma desmesurada, ou seja, se fossem praticados com violência ou de maneira excessiva poderiam causar uma enfermidade, principalmente se fossem realizados após as refeições, com o estômago cheio. Em oposição à atividade física, temos mais uma causa da melancolia, que seria a ociosidade: “Oposto ao exercício está o ócio, ou falta de exercício, perdição do corpo e da mente, nutriz da perversidade, madrasta da disciplina, principal autor de toda a maldade, um dos sete pecados capitais e causa única desta e de muitas outras moléstias”<sup>53</sup>.

A solidão é a causa mais próxima da melancolia, pode ser encarada como a sua principal companhia, seduzindo e, ao mesmo tempo, puxando o indivíduo para o fundo do mar, como uma sereia, ou uma esfinge em direção ao seu abismo irrevogável.

Em um primeiro momento, a solidão parece ser sedutora e agradável, pois passar dias inteiros deitado na cama, trancafiado em um quarto, ou ainda caminhar sozinho em parques em meio à natureza, meditando, soa muito tentador para os melancólicos que preferem essa vida mais reservada, porém, após um aprisionamento nesses devaneios, passam a ter dificuldades nas atividades cotidianas. Com o passar do tempo, se isolam e começam a ter delírios melancólicos, passam a ter sentimentos de medo, tristeza, dissabor e sempre estão desconfiados. Contudo, a melancolia os domina de forma arrebatadora, terrorizando suas almas, sempre com a representação de um objeto sombrio em suas mentes perturbadas. Uma companheira fiel da melancolia e da solidão é a tristeza que, segundo Hipócrates, uma era responsável por gerar a outra, posto que a tristeza poderia ser considerada tanto a causa como o sintoma da doença.

O medo é uma fonte causadora da melancolia, seria o irmão da tristeza, dado que, muitas pessoas ficam absolutamente atônitas por esse sentimento, possuem dificuldade em se localizarem, falam coisas sem sentido. Essa sensação tem um caráter antecipatório

---

<sup>53</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A primeira partição: causas da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2011b. Vol. II, p.158.

de sofrimento, faz com que as pessoas fiquem com receio de tomar decisões, fiquem cheias de dúvidas e se inclinam para o isolamento. Quem vive no medo nunca está livre, jamais se sente seguro, está sempre receoso e apreensivo. Muitos homens são perturbados por eventos que possam acontecer no futuro, ficam com medo do que pode acontecer com relação a suas fortunas, seus destinos, terrificando e torturando de forma severa suas mentes<sup>54</sup>.

Os espíritos mais nobres são os mais propensos a desenvolverem a melancolia no que tange à questão do pudor e da desonra, pois quando aquilo que mais prezam é colocado em xeque, ou seja, quando ocorre uma desonra pública, se envergonham e se isolam, não sentem mais vontade de sair da toca.

No entanto, um homem modesto, que tenha graça, um espírito generoso e cuidados com sua reputação, há de ser profundamente ferido e tão atrozmente afetado por isso, que preferiria ceder miríades de coroas e perder sua vida a ter de sofrer a menor difamação de sua honra, ou uma nódoa em seu bom nome.<sup>55</sup>

Em um livro de Ficino intitulado *Como cuidar da saúde dos estudiosos*, a melancolia é apresentada como uma das cinco pragas principais dos estudantes, uma companheira inseparável desta classe. Existiam duas razões principais para explicar por que estudantes estariam sujeitos a esse tipo de moléstia mais do que outras pessoas. A primeira é o fato de que eles levavam uma vida sedentária e solitária. Afastavam-se dos exercícios físicos, e esportes praticados pelos outros, porém, a causa comum é o excesso de estudo, o saber que, de alguma forma, os desorientam afetando assim seu juízo.

A segunda razão era a contemplação, pois o excesso de estudo ressecava o cérebro, e enquanto os espíritos estão aplicados à meditação, no encéfalo, outros órgãos como o estômago e o fígado ficam desamparados, gerando a produção de sangue negro no organismo. Assim, essas pessoas são mais afetadas por problemas como gota, vista ruim, cólicas, câibras e todas as doenças oriundas da inércia, no sentido de permanecer por muito tempo na mesma posição, geralmente sentados. São, na maior parte, magros, pálidos e perdem tudo que possuem, em todos os sentidos, por se dedicarem a seus estudos extravagantes.

---

<sup>54</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A primeira partição: causas da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2011b. Vol. II.

<sup>55</sup> *Ibid.* p.185.

Essas são algumas das causas mais importantes citadas na obra de Burton, fazendo com que a causa da melancolia pareça estar presente em todo lugar, ou seja, tenha uma autonomia. Assim como as causas, os sintomas são variados e são localizados em vários lugares do corpo do doente.

Os sintomas melancólicos são claros e óbvios, e não é necessária uma observação tão precisa, são sintomas universais. Os sinais mais visíveis que aparecem no corpo dos melancólicos são o frio e a secura; costumam ser magros, com aspecto pouco agradável devido ao medo, às aflições; são preguiçosos, alguns estão sempre rindo com discursos completamente sem sentido, no entanto, possuem uma excelente compreensão. Apresentam falta de ar, excesso de umidade no estômago, seus excrementos geralmente são duros com uma cor escura, e muitas doenças advindas dos outros órgãos do corpo são vistas como epilepsia, vertigem, pesadelos, timidez, tremores, suores, entre outras.

Os sintomas advindos da mente também são bem característicos, os mais relevantes estão ligados ao medo e à tristeza excessiva. São atormentados por demônios, temem a morte, possuem a sensação de estarem doente com frequência, receiam o perigo e a desonra. A mente do melancólico consome muita energia pensando em tragédias, ocorre um deslocamento de um medo para outro, são geralmente inquietos, lamentosos da vida, carregam em si, muita aflição, são desconfiados, rancorosos e descontentes, e não conseguem se libertar desses sentimentos enquanto estão melancólicos. Outra característica importante é a de que se desprezam, se detestam, são inconstantes, irresolutos, incapazes de tomar decisão pelo medo. Algumas vezes apresentam um humor exagerado, dão gargalhadas, como visto em Demócrito, e logo choram, alternam esses estados de humor<sup>56</sup>.

A descrição de Burton faz pensar na melancolia como um estado onírico sombrio e perturbador, ou melhor, como uma espécie de continuidade entre o pesadelo e a vida. Com efeito, são vários os médicos do período que examinam as relações entre melancolia e a chamada *laesa imaginatio*, ou seja, uma perturbação na capacidade de produzir imagens sobre si mesmo e o mundo circundante. Essa perturbação se caracteriza pela falta de controle da faculdade racional sobre a formação involuntária de imagens mentais. Na melancolia, como no sonho, a imaginação torna-se mais forte do que a razão.<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A primeira partição: causas da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2011b. Vol. II.

<sup>57</sup> SILVA, P. J. C. Um sonho frio e seco: considerações sobre a melancolia. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v. 11, n. 2, p.286-297, jun., 2008, p. 291.

A influência dos astros também era fonte de sofrimento, aqueles que estavam sob a influência de Saturno também eram considerados propensos a estarem melancólicos, e os sintomas teriam um caráter de uma pessoa rude, profunda em pensamentos, triste, temerosa e solitária; são mais inclinados a passeios mais obscuros; já se outro planeta estivesse no domínio, como por exemplo, Júpiter, os sintomas não seriam os mesmos, porém, aqueles mais imediatos eram de origem da própria temperatura, e do corpo ou dos quatro humores, que foram trabalhados anteriormente na teoria de Hipócrates.

Para todas as causas de melancolia, assim como para os sintomas que a acarretavam, existiam as tentativas de cura respectivas, que poderiam ser diversas. A primeira cura legítima, e que nos remete a Belerofonte, era advinda dos deuses, não somente no que concerne a um acolhimento, mas também na entrada da Idade Média, que remete ao ato de rezar e ter fé para que o indivíduo possa ser curado, não cometer pecado, e estar sempre próximo das doutrinas vigentes, se afastando do demônio. Outras tentativas de cura eram voltadas para a qualidade da dieta dos pacientes, deveriam eliminar alimentos pesados, de cor escura, principalmente carnes, deveria ser uma dieta rica em alimentos mais suaves, de cor clara, além, é claro, de uma quantidade retificada. A retenção e a evacuação deveriam ser bem administradas, além da aplicação de banhos naturais à base de ervas<sup>58</sup>.

Exercícios para o corpo e para a mente deveriam ser praticados de forma moderada e regular, já que a falta dessas práticas poderia gerar o ócio, que era um dos fatores preponderantes para a causa da melancolia. Algumas atividades importantes eram: salto, corrida, luta e nado, além de cavalgar em enormes cavalos, caça a gansos selvagens, entre outras. Porém, o mais reconfortante dos exercícios era aquele realizado ao ar livre, em jardins, pomares, hortas, fontes, entre outros.

O campo tem suas recreações, a cidade suas diversas ginásticas e exercícios, jogos de maio, festas, vigílias e alegres encontros para consolá-los; basta estar no campo, pois que a vida é uma recreação suficiente para alguns, para gozar de tais prazeres, como fizeram os antigos patriarcas.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A segunda partição: a cura da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2012. Vol. III.

<sup>59</sup> Ibid. p. 106.

Uma tentativa de cura muito significativa era a de tentar eliminar, ou ao menos reduzir as perturbações da mente. O medo dissolve os espíritos, adoece o coração e, por esse e outros motivos, todas as paixões e inquietudes devem estar sob nosso controle, e até o limite serem retificadas, dado que é importantíssimo estar de bem consigo mesmo e com seus pensamentos, procurando uma estabilidade. Todos os seres humanos estão sujeitos a esses sentimentos que podem devastar sua alma, contudo, os melancólicos estão mais expostos a tais pensamentos, por terem desequilíbrios em seus humores, pelo fato de estarem contaminados pela bile adusta. Nem os mais sábios e filósofos podem se blindar desses pensamentos, muitas das vezes, fulminantes e causadores da melancolia.

No entanto, existem formas de tentar domar e controlar essas questões e uma das formas mais eficazes era a de o próprio doente tentar ser mais paciente, mais gentil, disposto a querer seu próprio bem, conversar com amigos sobre os problemas, ou seja, deveria partir da própria pessoa querer melhorar, pois, se a mesma estivesse com sentimentos diferentes dos citados aqui, ou seja, estivesse irritado, rabugento, isolado, como poderia ser curado? Um dos remédios mais potentes contra a melancolia era a boa companhia, principalmente se a causa fosse o ócio, porém, as más companhias também deveriam ser evitadas, pois poderiam piorar o quadro do doente.

Se for a ociosidade a causadora desta enfermidade, ou se ele perceber-se, dado à solitude, a caminhar sozinho, se a sua mente apraz-se com imaginações sedutoras, que ele a evite de qualquer modo; é um inimigo em seu peito essa deleitosa melancolia, amiga na aparência, mas um demônio secreto, um doce veneno, há de no fim ser sua ruína; portanto, que de pronto, ele se determine ou empenhe, arranje boa companhia.<sup>60</sup>

Para curar uma melancolia, à época, um dos remédios que mais surtiam efeito era a música acompanhada de bebida e companhia alegre. Neste período, era possível associar o vinho com a música como fortes combatentes da doença<sup>61</sup>. A música não teria somente sua força nesses momentos, mas também no caso de trabalhadores que cantarolavam suas músicas prediletas, ou soldados que eram assombrados pela morte e se acalmavam quando ouviam o som dos instrumentos que eram capazes de lhes dar

---

<sup>60</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A segunda partição: a cura da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2012. Vol. III. p. 140.

<sup>61</sup> *Ibid.*

esperança, como o som da trompa ou do tambor. O canto de uma cuidadora pode acalmar uma criança, ou o assobio de um carteiro na rua, do mesmo modo, pode tranquilizar um doente que não consegue se entregar ao sono, ou outros tantos sons que nos aliviam. E o impressionante é que não somente os homens são afetados pela música, mas todas as criaturas parecem ceder a tal encanto, isso demonstra um grande poder de envolvimento e de cura das melodias.

E como se defender das tristezas do mundo, principalmente no que concerne à morte de entes queridos? A única certeza que temos na vida é a de que somos mortais, e isso certamente nos angustia de uma forma muito forte, pois esse sentimento, muitas vezes, nos traz uma tristeza profunda. O luto não era tratado de forma consistente nesse período, a morte de uma pessoa amada era considerada também quando existisse um abatimento de melancolia.

Para se afastar desses pensamentos e evitar a melancolia, algumas atividades eram essenciais e variavam de acordo com a cultura de determinado grupo. Por exemplo, alguns se afastavam de tais pensamentos com o sono, outros povos bebiam, outros realizam atividades culturais como ir ao teatro e, desta forma, eram capazes, não de se livrar dessa angústia para sempre, mas durante um curto período de tempo, esquecer da sua existência, se esconder ao abrigo da morte, viver em uma fantasia em que a morte não ameaçasse o esplendor da vida. Isso é uma fuga improvável, porém, reconfortante, e pode sim ser fundamental para que a melancolia não seja dominante. Contra afecções e perturbações, como a inveja e o ódio, o melhor remédio era a tentativa de equilibrar os sentimentos, como o amor, a humildade e a paciência, para que fosse possível lidar com sentimentos de destruição advindos dos outros.

E como se curar da melancolia? Como continuar uma vida de medo, tristeza, angústia da mente e outros sintomas que afetam o corpo sem entrar em um colapso melancólico, como se defender desses sentimentos? Foram citadas diversas formas de cura ao longo deste trabalho e desse capítulo. Nesse sentido, Burton volta a uma questão de cura muito utilizada e que era de extrema eficácia contra os sintomas melancólicos, os remédios. No começo, os médicos e remédios, por mais que aliviassem alguns sintomas, eram malvistas pelas sociedades, eram caracterizados como um comércio corrupto, e não como uma profissão nobre.

Os medicamentos indicados para a melancolia poderiam ser simples ou compostos; os simples eram de função alterativa ou purgativa; os alterativos eram os que corrigiam ou modificavam a estrutura da doença, obstruindo ou causando resistência à mesma, eram as ervas, pedras, minerais entre outros. Eram todos voltados para a regulação do humor<sup>62</sup>.

Os purgativos podiam ser simples ou compostos, como citado, frágeis ou violentos, poderiam purgar, ou eliminar, pela parte de cima, ou pela parte de baixo, eram basicamente manipulados à base de ervas e folhas. Desse modo, acreditava-se que era possível expurgar os humores maus do nosso organismo. Nesse momento, surgiu o heléboro branco, que era um forte purgativo por cima, porém, todos esses medicamentos deveriam ser dosados de uma forma equilibrada senão poderiam causar fortes desconfortos.

Alguns exemplos de purgativos eliminados por baixo eram: polipódio, mirobálano, lavanda francesa, fumo da terra, orégano, camomila, sal amoníaco, entre outros. Esses eram considerados frágeis e não acarretavam grandes sofrimentos. E um dos mais famosos e utilizados remédios da época, que já foi citado anteriormente, era o heléboro negro, que era o mais importante purgante da melancolia. Já os purgantes compostos eram nada mais do que a união de um ou mais medicamentos, e purgavam a melancolia tanto por cima quanto por baixo.

Para a cura da melancolia, com incidência na cabeça, era fundamental uma dieta balanceada, fazer exercícios regularmente, respirar um ar leve e puro, dormir um pouco mais do que o mínimo necessário, não permanecer sozinho, ocioso e procurar boas companhias.

Assim, se a melancolia tinha toda essa autonomia e era associada a todos os homens, como era possível não ser melancólico? Será que só existiria a possibilidade de conviver com ela e tentar reduzir o impacto dos sintomas por meio de tentativas de cura citadas por Burton? Será que a melancolia, de certa forma, não foi confundida com a tristeza? Esse sim parece ser um sentimento do qual nenhum de nós pode escapar. Sendo assim: será que talvez fosse mais apropriado dizer autonomia da tristeza e não da melancolia?

---

<sup>62</sup> BURTON, R. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A segunda partição: a cura da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2012. Vol. III.

## 2.4 Sob a luz da melancolia

Este período é marcado pela falência das ideias aristocráticas e do regime até então dominante. O século das luzes foi caracterizado pelos monarcas influenciados que se apropriaram das diretrizes iluministas.

O Iluminismo foi basicamente um movimento intelectual do século XVIII, que buscou compreender os aspectos mais abrangentes do mundo. A filosofia da época visava atender a um pensamento baseado na razão e na questão empírica propriamente dita, uma tentativa de fazer uma reforma social e do poder, e separar a Igreja do Estado. Nessa era das luzes, existia um entendimento de que o conhecimento e a cultura levariam a sociedade para um mundo mais possível e melhor.

Desta forma, todas as estruturas da sociedade foram afetadas, e com a medicina não poderia ser diferente, pois o que ocorreu foi justamente esse declínio da religião em detrimento do racionalismo. O século XVIII, na medicina, avançava de forma muito rápida no entendimento da anatomia humana, e alguns médicos e filósofos representaram a questão da melancolia nesse período.

Logo, William Cullen foi de fundamental importância para a medicina na Europa como um todo. Natural de Edimburgo, na Escócia, tornou-se professor de medicina e química, atingindo o patamar de ser o mais influente mestre de sua cidade. Cullen foi o primeiro a empregar o termo neurose, aplicando-o a centenas de doenças médicas que iam de problemas de articulação e inflamações até crises de ansiedade.

A loucura seria então um tipo de neurose, que criava associações, uma rede de ideias que levava a falsos julgamentos, que causaria um desequilíbrio das emoções<sup>63</sup>. Então, a loucura seria, na verdade, uma perda de sensibilidade e de capacidade de entender a realidade de uma forma razoável. Na melancolia, ocorreria uma alteração significativa na função nervosa, e não relacionada, como até então com os humores. A melancolia podia ser entendida como uma disfunção do cérebro, fazendo com que a pessoa se tornasse incapaz, como dito anteriormente, de ligar ideias e fazer julgamentos plausíveis. Alguns subtipos de melancolia foram apontados por Cullen<sup>64</sup>, como: falsa percepção do estado de saúde; amor veemente; superstições quanto ao futuro; aversão

---

<sup>63</sup> CORDÁS, T. A.; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>64</sup> CULLEN, W. (1982) apud *ibid.*

total às ocupações da vida cotidiana; e inquietude nas situações vividas. Além dessas características, entendia a mania como insanidade universal, equivalente a um psicótico. “Assim, Cullen descobrirá na mania, tal como na melancolia, “um objeto principal do delírio” – e, inversamente, atribuirá à melancolia “a um tecido mais seco e mais firme da substância medular do cérebro”<sup>65</sup>.

O tratamento proposto por ele era parecido com os relatados realizados em épocas anteriores da história que utilizavam recursos como dietas, banhos, purgantes e outras técnicas que tinham como função principal reduzir a excitação, fortalecendo o pensamento e fortificando a razão.

Outro personagem importante deste período foi Vincenzo Chiarugi, médico italiano de Florença que, em 1793, publicou o livro *Della Pazzia*, que seria “Da loucura” no nosso idioma. É uma obra extensa com três volumes, e indica que as doenças eram originadas do sistema nervoso como um todo, em uma tentativa de ligar a alma ao corpo. E como representante importante do Iluminismo, ele acreditava naquilo que era obtido, ou adquirido durante a vida e não no inato. A cidade, nessa época, era governada por Pedro Leopoldo, que inaugurou um hospital público e encarregou Chiarugi de ser o comandante dessa instituição. O jovem médico era contra o aprisionamento dos doentes mentais, oferecendo aos mesmos um tratamento mais humano, aplicando tratamentos de ordem mais moral. Por exemplo, era usada, em um homem que estava próximo de cometer suicídio, a doutrina religiosa e seus ensinamentos para que esse suposto suicida pudesse entender o valor que tem uma vida. O avanço da compreensão das doenças mentais foi caracterizado nesse período por uma grande decepção, e as ideias de Chiarugi não foram levadas adiante<sup>66</sup>.

Exatamente em 1778, Franz Anton Mesmer, outro importante representante do Iluminismo, foi obrigado, juntamente com sua esposa, a deixar Viena, pois havia sido considerada uma pessoa indesejada na cidade. Desta forma, rumou para Paris. Era um homem extremamente agressivo e sedutor, chegando a uma cidade que, à época, estava fervendo na questão sociocultural. Mesmer era alemão, porém, mudou-se para a Áustria, onde, em 1766, se formou em medicina, em teologia e filosofia. Ele ressuscitou a influência dos astros, especialmente do Sol e da Lua, sobre a saúde e a doença da

---

<sup>65</sup> CULLEN, W. (s/d) *apud* FOUCAULT, M. *História da loucura: na Idade clássica*. 10. ed. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2014. p. 276.

<sup>66</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

humanidade. Segundo Cordas e Emilio (2017), Mesmer chamava essa influência dos astros de magnetismo gravitacional, para depois nomear de magnetismo animal, que indicava que o fluido magnético circulava pelo corpo humano e que um desequilíbrio desses fluidos eram os responsáveis diretos pelas doenças que se apresentavam. Assim, o então médico tentava reestabelecer o equilíbrio dessas forças magnéticas mediante um posicionamento desse paciente em frente a um aparelho que ele chamava de “baquet”, que nada mais era do que um aparato construído com cordas e fios de metal, em que esse fluxo magnético circulava. Para que o tratamento tivesse mais êxito, o ambiente deveria ser o mais escuro possível, com uma leve música de fundo, para que a pessoa pudesse entrar em um estado de transe.

Com esses tratamentos e suas teorias, Mesmer se tornou uma pessoa renomada em Paris. Apresentava-se com roupas extravagantes, principalmente de cor lilás. Contudo, algumas histórias estranhas surgiram nesse período no que diz respeito aos tratamentos de Mesmer, tanto que um jovem atormentado entrou nos aposentos do rei Luis XVI dizendo que o médico havia inserido nele um espírito demoníaco e exigia que fosse exorcizado. Preocupado, o rei indicou uma comissão para investigar as atividades de Mesmer, no entanto, ele se recusou a cooperar. Pouco antes havia sido ameaçado de exílio, mas continuou na França por mais alguns anos, e a situação de Mesmer não estava nada confortável.

O grande desafio do médico alemão era tentar provar que suas teorias não eram místicas e que tinham sim um fundo científico. Na Alemanha, suas ideias tiveram muito apoio. Seus trabalhos deixaram dois legados interessantes: a possibilidade de diagnosticar alguns pacientes como não psicóticos ou não gravemente deprimidos e a possível eficácia do hipnotismo para a tentativa de cura dos pacientes.

O francês Anne Charles Lorry, nascido em 1726, também fez parte deste movimento iluminado. Em 1765, publicou um livro no qual separava a melancolia humoral (que era oriunda da *atrabilis*) em processos digestivos de uma melancolia nervosa, portanto, que não dependia dos humores. Sobre a melancolia nervosa elucida que:

É uma doença cujo mecanismo se situa no nível das fibras que constituem o nosso organismo: um espasmo excessivo as contrai, mas no espasmo se sucedem necessariamente a atonia, a fraqueza, a lassidão, a languidez. Assim se explicam as alternâncias de paroxismos e das fraquezas.<sup>67</sup>

Para Lorry, a explicação pelos sólidos e pelos fluidos se justapõe, diferenciando a melancolia nervosa da teoria dos humores.

A que tem sua origem nos sólidos é a melancolia nervosa: uma sensação particularmente forte abala as fibras que a recebem; em consequência, a tensão aumenta nas outras fibras, que se tornam simultaneamente mais rígidas e mais suscetíveis de vibrar. Mas se a sensação aumentar, a tensão torna-se tal nas outras fibras que elas se tornam incapazes de vibrar; o estado de rigidez é tal, que o curso do sangue se detém e os espíritos animais se imobilizam. A melancolia se instala. Na outra forma da doença, a “forma líquida”, os humores veem-se impregnados de atrabilis, tornando-se mais espessos; carregado desses humores, o sangue torna-se mais pesado, estagnando nas meninges a ponto de comprimir os órgãos principais do sistema nervoso. Vê-se surgir de novo à rigidez da fibra, mas nesse caso ela é apenas uma consequência de um fenômeno de humores. Lorry distingue duas melancolias; na verdade é o mesmo conjunto de qualidades que asseguram a melancolia sua unidade real que ela introduz sucessivamente nos dois sistemas explicativos. A única coisa que se desdobra é o edifício teórico. A base qualitativa experimental permanece a mesma.<sup>68</sup>

Para tentar evitar esses espasmos e controlar ou curar a melancolia nervosa, era necessário fortalecer o organismo, tonificando as fibras para que não fossem facilmente vencidas por esses eventos e se tornassem moles. No entanto, era justamente por meio de um espasmo de alta intensidade que seria possível obter um relaxamento. A atonia deveria ser combatida por roborativos e analépticos. Lorry, para o tratamento da melancolia, prescrevia banhos, exercícios de forma regular, jogos. Era a favor de uma dieta com alimentos fortificantes e leves. Era importante animar o espírito através de conversas, trabalho, viagens, e evitar o ócio. O tratamento proposto por Lorry era a estimulação de forma adocicada, a animação moderada e a regulação que leva nosso organismo a estar em equilíbrio, assim como a tonificação das cordas para fortificar o organismo humano, que possui diversas fragilidades. Nicholas Robinson, outro médico da época, também propôs um modelo de corpo fibroso, relatando que a depressão era causada também por essa frouxidão, devido à elasticidade das fibras. Robinson desconsiderava que a fala como

---

<sup>67</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 62.

<sup>68</sup> LORRY, A. C (s/d) *apud* FOUCAULT, M. *História da loucura: na Idade clássica*. 10. ed. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2014. p. 267.

é usada hoje para a cura da melancolia podia surtir algum efeito, pois era uma questão orgânica<sup>69</sup>.

Lorry não era favorável à utilização do ópio para a cura da melancolia, considerava o medicamento como um depressivo que, ao invés de curar, acentuava a lentidão e a atonia da doença, e se por acaso o medicamento tivesse êxito em exterminar um mal, ele traria problemas maiores ainda. É importante ressaltar que o livro de Lorry marcou justamente o limite entre dois pensamentos psiquiátricos, e indicou o caminho para uma indecisão entre a antiga teoria e a nova, com o intuito de uma complementar a outra e não de se extinguir. “A melancolia nervosa e a melancolia humoral formam um par simétrico. Mas o equilíbrio é instável: a melancolia humoral já cedeu metade de seu território, e em breve abandonará o resto”<sup>70</sup>.

O delírio vai desaparecendo gradativamente como sintoma mais significativo da melancolia, e as características qualitativas ganharam maior representatividade como: a tristeza, o amargor, a busca pela solidão e a inércia. Já ao final do século XVIII, a melancolia era classificada como uma loucura sem delírio, portanto, caracterizada por imobilidade, pelo desespero e uma espécie de estupor morno.

Fala-se numa melancolia apoplética, sem idéias delirantes, na qual os doentes não querem sair mais da cama; [...] quando se levantam, só caminham quando coagidos por seus amigos ou pelos que os servem; não evitam os homens, mas parecem não prestar atenção alguma ao que lhes é dito; não respondem. [...] Se, neste caso, a imobilidade e o silêncio prevalecem e determinam o diagnóstico da melancolia, há indivíduos nos quais só se observam o amargor, a languidez e o gosto pelo isolamento; mesmo sua agitação não deve iludir, nem autorizar um julgamento apressado que conclua pela mania; o que se tem nesses doentes é a melancolia, pois evitam companhia, gostam de lugares isolados e erram sem saber para onde vão; a cor da pele é amarelada, a língua é seca como a de alguém muito perturbado, os olhos são secos, vazios, nunca umedecidos por lágrimas; o corpo todo é seco e áspero, e o rosto sombrio e coberto pelo horror e pela tristeza.<sup>71</sup>

A teoria humoral começou a entrar em colapso. Não desapareceu de forma definitiva, mas começou a perder força. Apesar de existir um repúdio no que diz respeito

<sup>69</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

<sup>70</sup> STAROBINSKI, J. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 64.

<sup>71</sup> JAMES (s/d) *apud* FOUCAULT, M. *História da loucura: na Idade clássica*. 10. ed. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2014. p. 268.

à atrabilis, a ideia do temperamento melancólico é conservada. Nesse momento, se deu o nascimento da clínica clássica que serviu como base para a construção da clínica psiquiátrica, como será tratado a seguir. Então, a melancolia passou a ser avaliada sob o olhar da psiquiatria que começava a ganhar espaço. Sendo assim, faz-se importante entender quais foram as principais mudanças no significado da melancolia nessa passagem, e como impactaram sociedade e a medicina.

## 2.5 O nascimento da clínica clássica

O nascimento da clínica clássica, datado do final do século XVIII, e início do século XIX, foi de fundamental importância para a mudança de comportamento na relação entre o médico e seu paciente, frente às doenças, inclusive à melancolia, no que tange à semiologia, etiologia, diagnóstica e à terapêutica. Esse novo formato de clínica se formou por práticas, discursos e dispositivos bastante diversos.

A clínica não se formou em torno de um objeto comum, o corpo e suas afecções, mas em resposta a demandas múltiplas cuja raiz de legitimação social deriva dos sistemas jurídico, moral e religioso, dos saberes empíricos, institucionais e teóricos da medicina e do campo das práticas de cura, tratamento e terapia.<sup>72</sup>

O primeiro pilar da clínica clássica estava apoiado na observação e fundamentação do saber sobre o corpo. Consistia em um saber obtido nas relações cotidianas com o próprio enfermo. Nessa relação, se desenvolveu a prática da autópsia e a dissecação de cadáveres. O segundo pilar diz respeito aos estudiosos das ciências auxiliares, como: laboratório, jardim botânico e banca de experimentações. Estes tinham como objetivo traçar hipóteses sobre a causalidade e o funcionamento dos tecidos. O terceiro pilar era representado por filósofos e políticos cujo interesse era dar expressão coletiva a essa nova medicina, em especial, no que concerne à epidemiologia, ao higienismo e ao vitalismo. A junção desses pilares provocou uma quebra de paradigma no estatuto da medicina<sup>73</sup>.

---

<sup>72</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 389.

<sup>73</sup> Ibid.

A experiência clínica – esta abertura, que é a primeira na história ocidental, do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade, este acontecimento capital da relação do homem consigo mesmo e da linguagem com as coisas – foi logo tomado como um confronto simples, sem conceito, entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um corpo mudo, espécie de contato anterior a todo o discurso e livre dos embaraços da linguagem, pelo qual dois indivíduos vivos “enjaulados” em uma situação comum, mas não recíproca.<sup>74</sup>

O nascimento da clínica clássica tinha um caráter de cunho social. Na metade do século XVIII, a medicina não estava somente implicada em pessoas e corpos, mas também nos recursos ambientais e de salubridade. Era exercida sobre os pobres, pois estes estavam ligados à insalubridade em decorrência da higiene precária e a hiperconcentração populacional. A medicina, que antes se associava às doenças, aos lugares onde as pessoas habitavam e às estações do ano, deu lugar a essa nova ideia de medicina social, cujo objetivo era aumentar o poder dos interesses monárquicos pelo caminho do incremento de suas populações, embasada pela expressão dos ideais iluministas e revolucionários.

Com a medicina social surge o higienismo e sua política de controle dos nascimentos, das mortes, das epidemias e endemias, um sistema inédito de normalização da prática médica que atinge suas corporações e as universidades bem como uma aliança inexorável com o projeto de fundamentação da medicina na antropologia. É no interior deste sistema que a medicina estabelece, em torno do tema da sexualidade e da reprodução, ao mesmo tempo uma atitude policial e de aliança com as famílias.<sup>75</sup>

Com o surgimento de uma medicina social, se deu o completo abandono da medicina dos humores, elaborada por Hipócrates, séculos atrás. Com isso, ocorreu o fortalecimento da ideia de que a experiência clínica era oriunda da observação contínua e controlada dos pacientes. Outro ponto de virada dessa nova medicina foi o fato de esta não se apoiar mais na nosografia dos casos magnos, e sim, em uma observação compartilhada de processos patológicos e terapêuticos. Além dessa característica de observação, esse período marcou também o desenvolvimento de instrumentos que melhoravam e refinavam o diagnóstico de doenças como, por exemplo, o oftalmoscópio e o uretroscópio, modelos de extensão do estetoscópio.

---

<sup>74</sup> FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. XI.

<sup>75</sup> DONZELOT (2001) *apud* DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 389.

A conexão entre uma semiologia estruturada com um diagnóstico confiável dependia do desenvolvimento de um sistema de classificação universal e organicamente referenciado, uma investigação mais profunda e controlada das causas. A responsabilidade dessa tarefa estava associada aos fisiologistas.

Os fisiologistas verificam a realidade própria da história clínica e neste sentido suprimem o conjunto para dedicar-se às pequenas ligações. Uma boa história clínica deve ser plausível reunindo de forma persuasiva e convincente o maior número de signos coligidos em hipóteses verossímeis. Uma boa teoria etiológica, ao contrário, preocupa-se com o nível de realidade e de afetação entre causas e efeitos, de forma genérica e indutivamente verificável.<sup>76</sup>

Uma problemática bastante discutida nessa nova condição da medicina era o modo como lidar com a dor e o sofrimento dos pacientes. Para os fisiologistas, a dor denunciava a presença de um elemento subjetivo, tratado como irrelevante e indiferente à ordem dos procedimentos de investigação. Já para os clínicos, a dor e o discurso em torno desta eram a matéria-prima de suas atividades. A tentativa de diminuir ou evitar a dor dificultava o diagnóstico. Com relação à medicina social mais conservadora, a dor era entendida de acordo com a doutrina cristã, um sofrimento de expiação punitiva. A medicina social mais progressista excluiu essa concepção e apontou que a capacidade de sentir e de suportar a dor estava circunscrita ao campo da virtude moral. O desenvolvimento da semiologia fez com que o paciente e o médico não se expressassem da mesma maneira. Desta forma, os procedimentos antigos de interpretação do sofrimento se tornaram obscuros, como nos mostrou Foucault: “Os sintomas deixam transparecer a figura invariável, um pouco em recato, visível e invisível, da doença”<sup>77</sup>. Explicita ainda o autor que:

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento de homem saudável, isto é, ao mesmo tempo, uma experiência do homem não doente e uma definição de homem-modelo.<sup>78</sup>

Desse modo, uma mudança representativa na instância do saber ocorreu, o que modificou a pergunta inicial, feita ao doente pelo médico. Ao invés de: “O que você

---

<sup>76</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 393.

<sup>77</sup> FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 98.

<sup>78</sup> *Ibid.* p. 37.

tem?”, os médicos passaram a perguntar: “onde lhe dói?”. A partir desse ponto, a relação do significante com o significado sofreu uma reestruturação em toda a experiência médica<sup>79</sup>.

Na medicina antiga, no que concerne à cura, somente o paciente tinha o saber da sua própria doença. Agora esse saber foi substituído pela relação com um informante que descreve, mas não deve supor sobre seu mal-estar. “[...] a clínica deixa de ser uma relação agonística e retórica entre os saberes, o clínico assume a atitude humilde e discreta daquele que investiga”<sup>80</sup>.

Nesse novo procedimento, o olhar se torna o ponto central. Um olhar mais afiado, regulado e administrado por um conjunto de operações que funcionam como um espelho preenchido de memória. A personalidade - antes uma característica marcante do diagnóstico, como visto nas teorias dos humores e temperamentos - tornou-se um obstáculo porque se comportava como uma tela, um filtro que distorcia e relativizava a tentativa de acesso translúcido e purificado. Nesse sentido:

Tantos poderes – desde o lento esclarecimento das obscuridades, a leitura sempre prudente do essencial, o cálculo do tempo e das possibilidades, até o domínio do coração e o confisco dos prestígios paternos – são formas pelas quais se instaura a soberania do olhar. Olho que sabe e que decide, olho que rege.<sup>81</sup>

A doença passou a ter uma história e uma geografia. A arte de recuperar uma memória, a chamada anamnese passou a ser uma história composta por uma infinidade de histórias: história social da pessoa, institucional, da queixa da doença, das afecções médicas pregressas, familiares, hábitos, ambientes entre outras. “A ideia de que a doença é como um quadro em movimento permite estabelecer analogias de grau e distância entre formas, de contraste e intensidade de cores”<sup>82</sup>.

---

<sup>79</sup> FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

<sup>80</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 398.

<sup>81</sup> FOUCAULT, M., 2006, op. cit., p. 96.

<sup>82</sup> DUNKER, C. I. L., 2011, op. cit., p. 401.

O tratamento passou a ser um conjunto de ações de ordem prescritiva, as observações, o diagnóstico e a tentativa de entendimento das causas. “Pode-se dizer que o tratamento é o exercício articulado da clínica em um caso ou um grupo de casos”<sup>83</sup>.

O ato de classificar remete a construir similaridades que se repetem de uma forma que possam ser incluídas em um determinado grupo ou classe. Já ordenar, significa descobrir regras de formação que interagem e determinam a articulação entre os diferentes sinais. Além dessas características, o quadro da doença se expõe sobre o cenário de uma constituição. A constituição da melancolia passou a ser entendida a partir do que é próprio de cada indivíduo e do meio no qual habita. Assim, cidades tomadas por uma epidemia ou com características climáticas acentuadas eram responsáveis por desencadear certos tipos de doenças.

Foi nesse momento que a linguagem se tornou primordial. De um lado uma semântica para determinar o significado clínico de signos, traços e sintomas; de outro, a construção de uma gramática com regras de formação e transformação das figuras patológicas, o que permitia realizar antecipações e previsões. Logo:

A base dessa gramática se divide entre os aspectos morfológicos, fornecidos pela anatomia; os aspectos fisiológicos, fornecidos pela físico-química da matéria viva, e os aspectos funcionais, dados pelas finalidades específicas dos órgãos e tecidos.<sup>84</sup>

Até aqui foi possível entender a importância de uma semiologia na construção do projeto clínico. Uma classificação e organização dos signos, índices, sintomas e traços que deviam ser analisados e apresentar diferenças no que diz respeito ao olhar clínico. Quando se adota uma semiologia, pretende-se estabelecer uma concepção sobre a linguagem circunscrita aos signos correspondentes. Desse modo, a composição de uma enfermidade é equivalente à essência de uma palavra. O signo representa formas distintas de entendimento, tanto para o médico quanto para o paciente.

---

<sup>83</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011, p.402.

<sup>84</sup> *Ibid.*, p.403

O signo anuncia: prognostica o que vai se passar; faz a anamnese do que se passou; diagnostica o que ocorre atualmente. Entre ele e a doença reina uma distância que ele não transpõe sem confirmá-la na medida em que ele se dá de viés e muitas vezes de surpresa. Não faz conhecer; quando muito pode-se esboçar, a partir dele, um reconhecimento.<sup>85</sup>

Outro elemento importantíssimo da estrutura clínica clássica é o diagnóstico. Se a semiologia é caracterizada por uma prática de leitura, o diagnóstico se configurava como um ato que presume um quadro nosológico.

[...] implica capacidade de discernimento acerca do valor e da significação que um conjunto de signos possui quando estes aparecem de forma simultânea ou sucessiva na particularidade de um caso<sup>86</sup>.

Com relação à etiologia, as causas eram alocadas em grupos: entrada de um objeto intrusivo, como, por exemplo, germes; por situações vividas, como traumas ou contaminações, por intervenções abruptas que adquirem o organismo indefeso e despreparado, ao modo de choques.

A antiga teoria da desregulação do espírito é redescrita no quadro de desequilíbrio de funções, órgãos e tecidos. Agora é a noção de sistema, em sua crescente segmentação em subsistemas correspondentes às funções do corpo (alimentação, secreção, movimento etc.) que precisa ser pensada como uma unidade.<sup>87</sup>

O diagnóstico auxilia o tratamento, e sua profundidade está na dependência de alterações no destino e da capacidade em afetá-lo; o diagnóstico é uma hipótese operativa, uma ação, que brevemente estará sujeita a mudanças e correções permanentes. “O diagnóstico contém várias ordens: a síndrome, o quadro, o transtorno, a disfunção e o sintoma”<sup>88</sup>. Essa situação torna a prática ainda mais difícil pelo fato de os signos não apresentarem um diagnóstico permanente quando estão isolados ou quando estão integrados na constituição do seu processo de transformação.

A diagnóstica pode também ser dividida em: diferencial ou evolutiva. No primeiro caso, os sinais e os sintomas permitem um contraste ou uma similaridade com outras

---

<sup>85</sup> FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p.98.

<sup>86</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p.407.

<sup>87</sup> *Ibid.*, p.408

<sup>88</sup> *Ibid.*, p.409

patologias. Já no diagnóstico evolutivo, aprecia-se a igualdade dos signos, dando preferência e ênfase para a sucessão e transformação ao longo do tempo<sup>89</sup>. “A investigação diagnóstica transforma e verifica as hipóteses etiológicas e, por sua vez, as hipóteses etiológicas afetam a prática diagnóstica”<sup>90</sup>.

A estrutura da clínica também pressupõe uma etiologia, uma teoria da causalidade, que nada mais é do que o ápice do trabalho diagnóstico. Esse aspecto não visa somente descrever e classificar a doença, mas também encontrar a sua causa. A etiologia fornece elementos para a organização de uma doença embasada por princípios causais comuns para uma gama mais ou menos constante de signos. “[...] a noção de causalidade contém a de implicação lógica, porém acrescenta a ela duas qualidades que esta não possui necessariamente: o tempo e a existência. Daí se aplicar a noção de causa, habitualmente, a fenômenos”<sup>91</sup>. Desta forma, a etiologia introduziu um nível de objetivação, pelo qual foi possível entender o processo mórbido na situação geral do corpo, pela sua redução ao aparato eletro-químico e seu correspondente visível: o desgaste dos tecidos. Assim, pode-se entender que é na etiologia e não na semiologia ou na diagnóstica que o método clínico se estabelece. Não se pode também confundir a ciência médica com a clínica, pois o grau de exatidão ditado pela anatomia ou pela fisiologia jamais pode ser igualado ao plano clínico. O tempo da ciência não tem fim, já o tempo da clínica sim.

A última operação da clínica clássica é a terapêutica. Visa intervir e modificar a rede de causas que constitui a etiologia, validando a diagnóstica e verificando os signos e sintomas. Essa ação deve agir diretamente sobre as causas.

A ação terapêutica deve estabelecer a hierarquia das metas (curar, controlar, mitigar), a estratégia relativa aos meios empregados (tipo de intervenção, ordem de procedimentos) e as táticas pelas quais a ação se dará (técnicas centrais e auxiliares). Em geral, no desenvolvimento da técnica terapêutica é importante a verificação diacrônica da eficácia e da responsividade aos procedimentos empregados. É também parte da decisão clínica deliberar a utilização de uma ou várias ações terapêuticas, contudo, isso deve derivar da profundidade diagnóstica e da ambição terapêutica.<sup>92</sup>

<sup>89</sup> WYBGAADEN & SMITH (1985) *apud* DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 410.

<sup>90</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 411.

<sup>91</sup> *Ibid.*, p.414

<sup>92</sup> *Ibid.*, p.416

O nascimento da clínica médica clássica foi de fundamental importância para o entendimento das doenças, o que gerou a quebra de paradigma secular na compreensão da melancolia. A partir desse ponto foi possível a construção de uma clínica da psiquiatria clássica como será mostrado a seguir.

## CAPÍTULO III: O DOMÍNIO DA PSIQUIATRIA CLÁSSICA (XIX/XX)

Na primeira metade do século XIX, a influência dos psiquiatras franceses como Pinel, Esquirol, Falret, entre outros, foi de fundamental importância para a evolução do conceito da melancolia. Acreditava-se que era uma patologia da ordem do intelecto advinda de uma ideia fixa e desmedida que recaía sobre o espírito, além de falsos julgamentos sobre a situação do próprio corpo e da crença de um futuro catastrófico. Foi nesse período que foi construída a clínica psiquiátrica clássica, que foi responsável por propiciar o início de um tratamento mais humanizado para a loucura, o que lhe confere importância. O final do século XIX e início do século XX foram marcados também pela contribuição de importantes psiquiatras, em sua maioria, alemães liderados pelo brilhante Emil Kraepelin.

### 3.1 A construção da clínica psiquiátrica

A estruturação e a constituição da clínica psiquiátrica apresentaram dificuldade acentuada no que diz respeito à especialização. Um dos pontos de resistência estava no fato de que os sintomas que apontariam para um tipo de loucura não eram presentes somente no corpo, como a dor, por exemplo. Estavam também diretamente ligados ao uso intersubjetivo da linguagem. Podia-se afirmar, então, que a realidade do delírio tinha um fator linguístico. Era formado por palavras e não por tecidos, sendo assim, os delírios vão além do invólucro do corpo, movidos por significações.

[...] A semiologia que a psiquiatria precisa construir para estabelecer como é a clínica é expressa em uma metalinguagem. O problema não se limita ao fato de que a mente é um objeto ideal e os tecidos, um objeto real, mas em como passar da substância narrativa, na qual se expressa o sofrimento, para a substância descritiva, na qual se define o sintoma.<sup>1</sup>

A doença passou a se apresentar na forma de sintomas e signos, sendo que o sintoma era visível: tosse, febre, dores, entre outros. Assim, os sintomas permitiam classificar os estados patológicos. O signo remete ao prognóstico, ou seja, quais seriam

---

<sup>1</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 426.

os próximos estágios da doença. Já o diagnóstico remete ao momento atual do paciente. O signo não faz conhecer, pois evolui nas dimensões do oculto.

A formação do método clínico está ligada à emergência do olhar médico no campo dos signos e dos sintomas. O reconhecimento de seus direitos constituintes acarreta o desaparecimento de sua distinção absoluta e o postulado de que doravante o significante (signo e sintoma) será inteiramente transparente ao significado que aparece, sem ocultação ou resíduo, em sua própria realidade, e de que o ser do significado – o coração da doença- se esgotará inteiramente na sintaxe inteligível do significante.<sup>2</sup>

Dessa forma, se na classificação já existia essa dificuldade com relação à semiologia, no que diz respeito à organização dos signos, a dificuldade era semelhante. “Quando a história da doença confunde-se com a história do doente, esta história não é mais uma sucessão de signos, mas uma narrativa”<sup>3</sup>.

Quando se trata de uma narrativa, a dificuldade de elaboração é muito mais complexa do que uma simples descrição. A narrativa possui certas regras para serem elaboradas e entendidas. Essa dupla dificuldade semiológica explicava os motivos pelos quais a psiquiatria, do século XIX, foi pautada pelo conflito entre as descrições e as narrativas para que fosse possível construir uma matriz de interpretação das significações advindas da loucura. “O sintoma precisa da cena enunciativa para ser definido enquanto sintoma”<sup>4</sup>.

O corpo dava lugar para as avaliações de figuras de linguagem como: neologismos, semânticas, interrupções do discurso, entre outras. Era sobre essas características que se devia realizar o diagnóstico e não sobre o tecido mórbido.

As diferentes apresentações delirantes, as alucinações, a melancolia e a mania são indissociáveis da maneira como o paciente usa sua fala. Fora dessa referência, elas seriam precariamente descritas como aceleração ou lentificação na emissão de palavras, agitação ou paralisia dos movimentos, assim por diante.<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 99.

<sup>3</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 426.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 427

<sup>5</sup> FOUCAULT, M., 2006, *op. cit.*, p. 99.

Os fenômenos elementares constituíam uma base sólida e de regularidade diacrônica dentro da psiquiatria, pois eram anteriores ao surgimento de outros sintomas principais. Esses estados pré-delirantes foram fundamentais para a problemática de interpretação e compreensão do processo mórbido encontrado na psiquiatria alemã, tanto quanto da constituição patológica fundamentada na psiquiatria francesa.

O psiquiatra não pode ser “surdo”, pois sua semiologia depende significativamente do relato do sujeito em primeira pessoa, é um relato invisível. Sem essa apresentação seria muito difícil distinguir, por exemplo, uma hiperatividade com uma agitação maníaca, a tristeza da depressão, assim como a presença ou não de um delírio. A tentativa de associar um quadro clínico de referência com comprovação anátomo patológica e assim deslocar o mecanismo etiológico para as doenças mentais ganhava força. O primeiro caso foi a sífilis, cujo estado final desembocaria em uma catatonia. Depois outras vieram, como as demências adotadas como paradigma de Kraepelin, em 1883, a epilepsia e as lesões cerebrais, entre outras. “Em todos os casos, a existência de um achado orgânico, regularmente associado a uma forma discursiva, parecia sugerir a descoberta de uma conexão causal”<sup>6</sup>.

A deontologia evolui para o tratamento moral já em Pinel e para as diferentes práticas de reeducação no alienismo em geral. A teoria da degenerescência, desenvolvida por Morel e Esquirol, por meio da qual os vícios morais transmitiam-se de geração a geração, redundando, por acumulação, na doença mental, é um exemplo dessa proliferação do patológico para fora da ordem orgânica.<sup>7</sup>

O projeto de construção da clínica psiquiátrica, como autônoma, entrou em uma crise de fundamento quando Esquirol reorganizou e substituiu a questão filantrópica de Pinel pela atitude clínica. E chegou ao fim quando a psiquiatria se reconhecia apenas como mediadora das relações dos indivíduos em estado de loucura e a sociedade<sup>8</sup>.

Era possível argumentar que esse projeto foi retomado com a descoberta da importância dos neurotransmissores, da genética que incide no indivíduo e pela neurociência. Apareceu uma regra de mudança regular e homogênea entre: terapêutica;

---

<sup>6</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 434.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 435

<sup>8</sup> POSTEL & QUÉTEL (1993) *apud* DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

semiologia e diagnóstica. “A depressão, por exemplo, torna-se um quadro cada vez mais deduzido dos efeitos inversos aos dos antidepressivos. O déficit de atenção com hiperatividade surge como uma síndrome epidêmica na medida em que existe um tratamento que lhe é definido”<sup>9</sup>.

A formação da clínica psiquiátrica gerou uma ruptura no que diz respeito ao significado da melancolia em todos os seus sentidos. As doenças não eram mais tratadas como algo somente do corpo, mas agora em uma cadeia de significações da linguagem e suas formações. Essa transformação foi de fundamental importância para que os psiquiatras da época pudessem dar embasamento para suas teorias.

### **3.2 Tratado psiquiátrico sobre a melancolia (Pinel)**

Philippe Pinel, uma das figuras mais importantes na história da psiquiatria, nasceu em 20 de abril de 1745, no vilarejo de Saint Paul, perto de Castres, no sul da França. Faleceu em 1826, com 81 anos. Inicialmente, Pinel se dedicou à teologia, porém, num dado momento, decidiu estudar medicina em Toulouse, onde se formou com grande honra, em 1773. Continuou seus estudos em Montpellier, grande centro médico à época, e logo depois migrou para Paris. No começo de sua trajetória, não trabalhou com a clínica médica, contudo, escrevia artigos científicos e traduzia trabalhos médicos, enquanto lecionava.

O conceito de tratamento psiquiátrico foi modificado e tratamentos mais humanos passaram a ser oferecidos aos pacientes que sofriam de doenças mentais. Com esse novo regime, após a revolução, Pinel foi encarregado de cuidar do maior hospital psiquiátrico em Paris, o Bicêtre que, antes dessa reforma, era um palco de horror, posto que os pacientes eram acorrentados e tratados da forma mais precária possível; havia pouca ventilação, os leitos eram insuficientes, e era completamente defasado na questão da alimentação. Além disso, os cuidadores eram trazidos de instituições prisionais. Assim, uma das primeiras medidas adotadas pelo fundador da psiquiatria foi a de desacorrentar todos os pacientes e lhes oferecer um tratamento mais digno, com uma higiene impecável<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 436.

<sup>10</sup> RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

Com toda essa mudança no cenário da melancolia, Pinel se tornou o pioneiro no tratamento mais humanitário dos doentes internados em instituições psiquiátricas na Europa, fazendo com que reflexos colaterais se instalassem no que diz respeito à ideologia da reavaliação da loucura em todas as vertentes filosóficas e literárias<sup>11</sup>. Dar a enunciação da palavra a esse homem considerado louco, que sofre, e torná-lo mais humano era o grande objetivo. Existia uma reativação das ideias de Aristóteles no que concerne ao homem de exceção que adoece, da genialidade e da loucura, entre o poeta e a melancolia. É atribuída a Pinel a primeira tentativa de classificação das doenças mentais, ou o que se diz da nosografia. O distinto médico fundava suas ideias principalmente no que tange à observação clínica, tentando, assim, criar grupos através dos sintomas apresentados e síndromes relativas, sem uma preocupação teórica muito significativa<sup>12</sup>.

Pinel criou uma tradição no plano do método voltado para a clínica como um caminho consciente e sistemático<sup>13</sup>. O conhecimento somente poderia ser advindo de experiências empíricas dos fenômenos que ocorriam na realidade, assim era possível agrupar e classificar essas ocorrências com relação a classes, gêneros, espécies, entre outros. No plano metodológico, era possível indicar uma direção mais precisa da realidade, ou seja, muitas pessoas que não eram detentoras do saber davam opiniões, como Pussin, que era inspetor do hospital Bicêtre.

Pinel começou a exploração sistemática de um campo e uma organização dos fenômenos que a constituem, e esse caminho se mostrou fundamental no que diz respeito à formação do saber realmente positivo da psiquiatria, pelo fato de que, muitas vezes, no nascimento das ciências, uma descoberta inesperada pode ser realizada, fornecendo uma nova teoria e um novo método para explorar e classificar os fenômenos. O inteligente médico participou da criação da clínica médica para observação e análise dos fenômenos e das doenças, o que resultou na criação da sua nosografia. Ele apontou a alienação mental como uma neurose, que podia ser de dois tipos: abolição das funções; e perturbação das funções; essa segunda colocada como vesania, que podia ser a loucura propriamente dita, e algumas outras doenças que não necessariamente transformam a pessoa em um alienado, como a hipocondria, o sonambulismo e a hidrofobia. No que diz respeito às

---

<sup>11</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>12</sup> PERES, U.T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

<sup>13</sup> BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiatrico*. Traducción Carlos de Santos. Buenos Aires: Manantial, 2014.

manifestações mórbidas, Pinel as divide em: mania, melancolia, demência e idiotismo. A seguir, entraremos em mais detalhes sobre essas classificações, em especial a melancolia retratada em seu livro mais importante sobre o tema.

Em seu tratado médico-filosófico sobre a alienação mental, ou mania, Pinel aborda de forma significativa a questão da mania, porém, a questão melancólica será mais utilizada para dar embasamento teórico ao objetivo do trabalho.

Pinel aponta a melancolia como uma espécie de alienação exclusiva sobre um objeto. Os doentes melancólicos possuíam um ar taciturno, suspeitas temerosas e a busca pela solidão, e quando eram somadas a esses traços, a ideia de abuso de poder, a perversidade dos costumes, e um coração sanguinário, a doença se tornava algo muito mais perigoso<sup>14</sup>. A melancolia era também considerada como vesânia, as pessoas eram dominadas por uma ideia exclusiva, que não cessava de forma alguma, e que absorvia toda a energia do ser; alguns eram maníacos e impulsivos, outros se fechavam em um silêncio durante vários anos, sem deixar que seus segredos fossem revelados; outros não pareciam sombrios e tinham um julgamento sadio, porém, também eram propensos a serem tomados de forma arrebatadora por esse delírio persistente.

O delírio melancólico possui dois caminhos opostos, ou a pessoa é afetada por um orgulho muito exagerado, um delírio de grandeza desmedido, que indicaria para um estado maníaco mais claro, ou, é completamente tomado por um abatimento brutal, que entorpece e causa um desespero profundo. Podemos ver esse antagonismo na descrição abaixo:

Um jurisconsulto, desolado ao ver-se afastado do cargo pela requisição de um filho único que amava ternamente, cede à sua viva dor, perde a razão, e logo após, acredita ter-se tornado rei da Córsega [...]. Um homem fraco e tímido defende alguns propósitos desconsiderados durante o ano II da República; é visto como partidário da realeza, e ameaçado pela guilhotina; entra em perplexidades extremas, perde o sono, abandona seus trabalhos comuns; conduzido em seguida a Bicêtre como alienado ficou tão profundamente penetrado pela ideia desta morte sinistra que não parava de provocar a execução do pretendido decretado lançado contra ele, e nenhum dos meios que tentei pode reconduzi-lo a si próprio.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> PINEL, P. (1745[1826]). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Tradução Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

<sup>15</sup> PINEL, P (1745[1826]). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Tradução Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 166.

A melancolia, então, pode se transformar em mania? Ela geralmente permanece imutável durante alguns anos, sem que o delírio fixo mude de caráter. A pessoa apática tende a comer pouco, dormir e se isolar do mundo. Alguns se transformavam e ficavam mais vivos quando, por exemplo, ouviam ou viam alguns alienados furiosos por perto, ou quando tinham a certeza de que essa ideia fixa pudesse claramente acarretar em um mau devastador, pois, de repente, essas ideias tenebrosas, por algum motivo, eram substituídas por um delírio de grandeza, que indicava um estado maníaco que servia de proteção contra o surto, substituindo a ameaça de morte por uma posição de felicidade suprema.

Ainda existe uma predisposição da melancolia para o ato do suicídio, como mostrado por Pinel:

Um jovem de 22 anos é destinado por seus pais ao estado eclesiástico, e frente à sua recusa, é abandonado a si mesmo; os meios precários de existência sucederam-se alternadamente; parecendo enfim gozar de tranquilidade e de calma em uma casa onde é querido. No entanto, eis que sua imaginação é assaltada por ideias mais tristes e melancólicas; há desgosto pela vida e reflexões diversas sobre os meios de entregar-se à morte.<sup>16</sup>

A melancolia apresentava um caráter específico que apontava para um delírio exclusivo sobre um objeto ou uma série particular de objetos, e não apresentava normalmente nenhum tipo de tentativa de violência por parte do melancólico, a não ser, por aqueles que possuíam uma ideia mais dominante de grandeza. Sendo assim, retirar essas ideias fixas era extremamente difícil, e eliminá-las era uma tentativa de cura, de se opor às ideias dominantes dos melancólicos. Como seria possível eliminar esses delírios de grandeza de um indivíduo que acreditava cegamente que tudo fosse realidade? Qualquer tipo de esforço para tentar ajudar o indivíduo melancólico era visto como uma armadilha ou emboscada, pois alguns acreditavam estarem condenados à morte, e recusavam-se a se alimentar, estavam certos de que o destino trágico estava traçado e nada poderiam fazer, a não ser esperar melancolicamente seu fim.

Desta forma, a melancolia poderia ser considerada um delírio que poderia estar atrelado a um objeto ou a um conjunto de objetos, sendo que fora desse esquema delirante o doente apresentava suas faculdades mentais intactas, e seus comportamentos eram considerados normais e com certa coerência. Os estados das emoções, assim como os delírios, poderiam oscilar, entre uma natureza alegre, triste ou exaltada. Nesse momento,

---

<sup>16</sup> Ibid., p.168

a melancolia era igualada à loucura, em companhia da mania, da demência e do idiotismo. A melancolia apresentava todo o delírio parcial sem especificidade, e a mania poderia ocorrer tanto na melancolia como na demência e no idiotismo, mas apresentava um delírio acompanhado de uma excitação<sup>17</sup>.

Pinel via que a cura poderia ser buscada ao tentar encontrar uma maneira de distrair o melancólico de suas ideias fixas. Para tanto, devia-se utilizar todos os recursos possíveis para obter êxito<sup>18</sup>. Era preciso uma postura dos cuidadores, de paciência, educação, bons tratamentos e assiduidade dos serviços para tentar manter a calma; os melancólicos deveriam praticar exercícios físicos em meio à natureza, ouvir músicas suaves e harmoniosas, entre outras ações.

A cura da melancolia é frequentemente muito difícil. Muitas tentativas são elaboradas, porém, nem todas com êxito. E é justamente desintegrar essa ideia fixa o grande desafio para a medicina, mesmo porque, acreditava-se que, para o melancólico, o sintoma era algo que o sustentava. O melancólico, portanto, poderia deleitar-se com suas ideias e se fosse contrariado entrava em um estado de raiva e agressividade. Para tratar este mal, era utilizada uma mistura de quinina com o ópio ou mesmo com evacuantes. Além disso, exercícios corporais - citados anteriormente - banhos de mar e regime rigoroso.

Contudo, quando a melancolia era advinda de uma questão moral, utilizavam-se algumas artimanhas para desviar os melancólicos das ideias tristes. O mais difícil era manter por um período mais longo esse homem distante de seus tormentos. Muitas vezes, tais tormentos eram eliminados, mas, por algum motivo específico, retornavam. Pinel dá um exemplo de um homem que foi condenado à morte na guilhotina, e que a ideia de ser vítima de uma morte tão brutal e certa o deixava completamente atônito, então, foi feita uma encenação em que três médicos se passaram por juízes e o absolveram dos motivos que o levariam para a guilhotina. Desta forma, o homem foi considerado inocente e, por consequência, livre da morte. Nos dias seguintes, esse mesmo homem pediu para que retomasse o trabalho e que pudesse ver seu filho que há tempos não via. Quando lhe foi alertado que o Congresso que o havia julgado era falso, a ideia fixa e destrutiva retornou

---

<sup>17</sup> QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

<sup>18</sup> PINEL, P. (1745[1826]). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Tradução Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

e o homem padeceu de melancolia, simplesmente incurável<sup>19</sup>. Esse tipo de tratamento voltado para uma encenação para que se pudesse eliminar a ideia fixa de um melancólico era nomeado de *tratamento moral*.

Essas cenas teatrais adotadas para o tratamento moral não tinham uma orientação diagnóstica, tampouco uma aplicação de uma técnica da medicina. Consistia em um embate moral entre o desejo do médico e do alienado. Os elementos que deviam ser levados em conta eram as paixões, vaidade, orgulho, imaginação, esperança, ódio entre outros.

Ora, o teatro é essa prática na qual a não identidade de si pode ser reconhecida. O ator é ao mesmo tempo um personagem, outro, portanto, que não ele mesmo. É por isso que ao ser confrontado com esta diferença interna à razão, ao reconhecer-se como personagem e ator de sua própria loucura, que o louco poderia escapar da condição de alienado. Era isso que Pinel chamava de “a cura” (cure).<sup>20</sup>

Ocorreria, então, um ponto de virada quando o doente admitia o erro e abandonava sua ideia fixa ou sua crença de catástrofe. A cena chegava ao fim, com a confissão do alienado, certificando e legitimando a verdade nesse trajeto de mudança. Essa sensação de cura fazia com que o alienado idolatrasse o alienista.

Pinel abordou a mania e a melancolia como doenças associadas ao corpo e suas funções, como a visão, a alimentação, a locomoção, entre outras. Desta forma, foi possível entender que o diagnóstico era tratado de forma independente da terapia a ser adotada, o poder curativo era dado e explicado pelo susto, pelo pânico e pelo sofrimento<sup>21</sup>.

Na tentativa de classificar a alienação mental, Pinel descreveu quatro tipos: 1) Melancolia relacionada a um tema; 2) Fúria maníaca não delirante; 3) Delírio maníaco com comportamento extravagante ou violento; 4) Demência com abolição do pensamento. Em outro tipo de classificação, são descritas as causas da loucura, observadas em 80 pacientes, e estão dispostas em quatro grupos: 1) Desgostos domésticos: dinheiro, ciúme, divórcio forçado, traição, perda de filhos; 2) Amor: excesso de sensibilidade moral ou excessos de temperamento; 3) Devoção ou fanatismo: crença

---

<sup>19</sup> PINEL, P (1745[1826]). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Tradução Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

<sup>20</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 548.

<sup>21</sup> *Ibid.*

em deuses ou profetas, se entregando a atos pueris da religião; 4) Acontecimentos da Revolução: mudanças da sorte, temor de convocação, entre outras causas. Essas classificações serviam de base para a distribuição dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos, e na determinação das regras internas e da disciplina<sup>22</sup>. Além disso, Pinel ainda tinha outra aspiração:

Se as ideias exclusivas demonstravam a importância das paixões, o restante do julgamento que permanecia não apontava para a possibilidade de um tratamento (tratamento moral) que reforçaria as funções da vontade. Era justamente a melancolia - ao contrário da mania, da demência e do idiotismo – que possibilitava essa correlação entre a etiologia e o tratamento.<sup>23</sup>

Por fim, é possível dizer que Pinel descartou qualquer teoria que apontasse para a loucura ou à melancolia causada por um dano material no cérebro. Ao contrário, entendia que esse órgão não estava danificado, mas a mente que estava alterada em seu funcionamento, o que abre a possibilidade para a cura por um tratamento moral, pelo menos para a mania e para a melancolia não complicada. Já na demência e no idiotismo, as chances de cura são raras, pois existe um desacordo com a realidade. Existia, nesse período, uma distância significativa entre a observação dos fenômenos e a criação de uma teoria que pudesse orientar o comportamento dos praticantes<sup>24</sup>.

### 3.3 Além da sombra do mestre (Esquirol)

O mais importante discípulo de Pinel foi Jean Étienne Dominique Esquirol. Nasceu em Toulouse, em 1772, em uma família com condições financeiras privilegiadas, no entanto, foi reduzida à miséria após a Revolução Francesa.

Seu encontro com Pinel ocorreu em Paris, na Salpêtrière, quando foi possível estabelecer uma relação importante entre ambos. Esquirol se tornou o príncipe coroado da Reforma Psiquiátrica. Em 1817, passou a lecionar psiquiatria aos alunos do curso de

---

<sup>22</sup> CORDÁS, T. A. *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

<sup>23</sup> VERZTMAN, J. S. *Tristeza e depressão: pensando nos problemas da vida*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995. p. 64.

<sup>24</sup> BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Traducción Carlos de Santos - Buenos Aires: Manantial, 2014.

medicina, em Charenton. Diferenciando-se da teoria humoral, Esquirol entendia que a psiquiatria era uma medicina mental, portanto, deveria procurar seus fenômenos em sua anatomia.

Uma de suas grandes contribuições foi nomear a melancolia<sup>25</sup>. Esse foi o primeiro grande momento em que o significante “melancolia” sofreu uma ruptura no que diz respeito à nomeação e suas características, sendo assim rebatizado com o intuito principal de desassociar de uma vez por todas a melancolia da teoria humoral. Modificou o que Pinel até então havia trabalhado, ao dividir a melancolia em lipemania e monomania, sendo que a lipemania mantinha uma relação com a melancolia, e com os quadros até então descritos de forma mais estrita. E por mais que o termo lipemania não tenha sobrevivido por muito tempo, o mérito desse médico foi ter criado a divisão entre os transtornos de humor e os transtornos do juízo, colocando cada um destes em lugares distintos.

Esquirol, por sua vez, propôs o nome lipemania para designar as formas de doença baseadas numa paixão triste, ou depressiva, e propôs que retirasse o vocábulo da melancolia do vocabulário científico, desterrando desta forma qualquer relação que ainda pudesse existir com a teoria humoral.<sup>26</sup>

O termo lipemania permitiu especificar ainda mais as características da melancolia, fazendo com que fosse aceita também no campo da medicina, pelo fato de que era classificada na esfera das alienações mentais<sup>27</sup>. Para Esquirol, o que caracterizava os lipemaníacos era a recusa a falar, se movimentar e se alimentar; toda a vida desses indivíduos era caracterizada por um delírio de uma perda impossível de ser recuperada, sempre com medo e oprimido, carregando a ideia de serem vítimas. Temiam ser envenenados, desonrados ou perseguidos. Esses sentimentos levavam os doentes a se sentirem desesperados, apavorados, petrificados, acreditando que tudo foi perdido e nada mais era possível fazer para recuperar o bem-estar<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>26</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia*: rastros de dor e perda. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008. p. 67.

<sup>27</sup> VERZTMAN, J. S. *Tristeza e depressão*: pensando nos problemas da vida. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

<sup>28</sup> QUINET, A. *Psicose e laço social*: esquizofrenia, paranóia e melancolia. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

As monomanias estavam mais direcionadas a um tipo de paranoia em que a pessoa doente somente conseguia pensar ou sentir, somente um tipo de assunto ou emoção, uma verdadeira obsessão por uma única questão. “Na monomania emocional, o paciente estava obcecado com uma emoção; na monomania intelectual, ele se fixa em uma única ideia ou conjunto de ideias”<sup>29</sup>.

A monomania era caracterizada por uma grande paixão que poderia ser de alegria ou de tristeza, de excitação ou de repressão. Dessa forma, produzia uma ideia fixa e de longa duração, interligada diretamente com o caráter dessa paixão dominante. Se estivesse relacionada à alegria e à excitação era considerada melancolia maníaca. Já se estivesse ligada a uma relação de tristeza e repressão poderia ser considerada lipemania, a melancolia dos idosos, e apresentando-se acompanhada de delírios.

O lipemaníaco possuía algumas características físicas peculiares. Geralmente eram magros e possuíam cabelos negros, tinham a pele um pouco anêmica, amarelada, seca e com escamas. Apresentavam uma postura marcada pela inércia, e suas expressões faciais apontavam para uma tristeza profunda, sensação de terror, fixação dos olhos em um ponto específico, muitas das vezes, cabisbaixos e sempre desconfiados. O fato de estarem presos em uma ideia fixa resultava em um pensamento mais lento. Ações simples do cotidiano demoravam a serem tomadas, recusavam qualquer tipo de atividade que obrigasse a realizar qualquer movimento e tendiam a ter prazer na ociosidade e na solidão. O lipemaníaco estava sempre preocupado, por isso, se desgastava. Geralmente era apreensivo, temendo que algo ruim pudesse acontecer, tendo dificuldades para dormir. Alguns apresentavam dificuldades para se alimentarem, pois imaginavam que os alimentos estavam envenenados. Por isso, não se alimentar era uma tentativa de provocar a própria morte e, assim, acabar de vez com os tormentos provocados pelos delírios ou alucinações em torno da alimentação.

Com frequência esses doentes apresentavam uma inquietude muito acentuada movida pelos seus medos interiores. Quando caem no sono dormem por pouco tempo, se tem sono não conseguem dormir, pois as alucinações não permitem. Quando conseguem cochilar por um tempo maior sofrem com pesadelos. Existe a crença de que não serão capazes de estar vivos após mais um dia. Acham que a morte é iminente, se assustam com o cair da noite, têm medo de dormir e de sentir o terror das alucinações. A secreção do

---

<sup>29</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 119.

lipemaníaco também apresenta algumas características singulares. A urina, por exemplo, em alguns momentos pode se apresentar com excesso, e de cor mais clara, às vezes, é mais escassa e com uma densidade maior com alteração da cor.

Tudo o que acontece na vida do lipemaníaco é tenso, qualquer situação que se apresente é perturbadora, mesmo as mais simples da vida. É dominado por esse terror de que alguém sempre está à espreita para fazer o mal contra ele; eles acreditam que tudo está perdido, que nada tem salvação, tudo é uma grande encenação, fazendo com que qualquer investimento externo lhes traga mais dor e sofrimento, desta forma, se isolam. Quando encontram outras pessoas, fazem questão de reclamarem e explanarem a sua situação desesperadora, tornando a outra pessoa testemunha de seu fim melancólico. Essa ideia fixa é muito difícil de ser eliminada, seria na verdade, a cura, porém, ela possui uma força muito significativa para esse doente, pois nem as relações de afeto, nem mesmo as ameaças que sofrem possuem esse poder, nada é mais poderoso que seus erros, seus temores e alucinações e suas prevenções. Isso resulta em uma impotência para realizar seus desejos, por mais que os busquem, quando encontram não são capazes de se autosatisfazer, ficam imobilizados.

A tomada de decisão dos lipomaníacos não está de toda maneira destruída. Apesar de terem ideias lógicas e sensatas, o problema é que partem de uma afirmação falsa que corrompe o esquema de seus pensamentos. Os delírios acabam por confundir de vez esses esquemas, o que cria uma fenda entre eles e o mundo exterior. Aqueles que eram destemidos se tornam covardes, aqueles que se empenhavam no trabalho não querem mais trabalhar, aqueles que eram ditos livres se arrependiam. Todos estão desconfiados e alertas, falam pouco e quando se manifestam o fazem com poucas palavras, e aqueles que falavam demais, muitas vezes, o faziam como uma forma de demonstrarem para o outro suas queixas e sofrimentos<sup>30</sup>.

O ponto mais alto da história do conceito de lipemania foi atingido na obra de Billod (1856), que tentou uma classificação e um maior refinamento de sua psicopatologia. Billod aceitou que a lipemania fosse definida com base em delírios e afeto tristes, e sugeriu uma classificação quádrupla. Existiria lipemania com delírios tristes e tristeza; delírios tristes e sem tristeza; delírios tristes e transtorno afetivo misto ou alternado (isto incluía os estados bipolares); e ausência de delírios tristes e tristeza. Esta classificação artificial e simétrica

---

<sup>30</sup> ESQUIROL, E (1820). *Des maladies mentales*, Paris: Baillière, 1838. Fonte: J. Postel, *La psychiatrie – textes essentiels*, Paris: Larousse, 1994.

permitiu o reconhecimento de cerca de 16 subtipos clínicos. Alguns deles desapareceram desde então (por exemplo, lipemania irônica ou religiosa), mas outros (como a lipemania hipocondríaca, a estuporosa e a irritável) ainda são reconhecíveis, embora agora tenham nomes diferentes.<sup>31</sup>

### 3.4 Evolução teórica: outros importantes psiquiatras

Joseph Guislan (1797-1860) foi fundador da psiquiatria belga e influenciou muitos outros psiquiatras como, por exemplo, Griesinger. Sua linha teórica e clínica era muito semelhante à de seu antecessor Esquirol. Apesar de criar outras nomenclaturas para algumas doenças, Guislan se utilizou da palavra “frenopatia” para designar a loucura que apontava para uma dor moral; insistiu na questão da importância das formas combinadas, e da raridade de se encontrar as formas puras, monomanias ou monofrenopatias.

Guislan conseguiu fazer progressos para a distinção das nosologias referentes às doenças puras, sob o nome de delírio, as formas com ideias delirantes primitivas em detrimento das formas nas quais o delírio é secundário às perturbações afetivas como: depressão, exaltação e ansiedade, isolando, assim, pela primeira vez, uma classe de psicose que os alemães chamariam, mais à frente, de paranoia, e que são diferentes das perturbações maníacas e melancólicas. Desta forma, Guislan descreveu a melancolia como a exaltação dos sentimentos de tristeza, o êxtase que era equiparado à demência, a mania que apontava para uma exaltação moral, a loucura que era uma anomalia da vontade impulsiva, o delírio que era uma anomalia das ideias e a demência que era a obliteração dos atos mentais<sup>32</sup>.

Um nome importante do século XIX no que se refere à melancolia foi Wilhelm Griesinger. Nascido em 1817, era filho de um administrador de hospital, na Alemanha, especificamente em Stuttgart. Começou seus estudos em medicina, em Tubingen, depois teve uma passagem por Zurique, e finalmente chegou ao turbilhão psiquiátrico em Paris<sup>33</sup>. Teve suas primeiras experiências clínicas no asilo psiquiátrico de Winnenthal. Seus

---

<sup>31</sup> BILOD, E. (1856) *apud* BERRIOS, G. E. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 590-608, set., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n3/11.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

<sup>32</sup> BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Traducción Carlos de Santos - Buenos Aires: Manantial, 2014.

<sup>33</sup> RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

interesses ultrapassavam a doença mental. Chegou a ir para o Egito para trabalhar com doenças infecciosas, e quando retornou foi professor de medicina, onde havia começado seus estudos e, depois, em Zurique novamente. Será sempre considerado uma das influências do psiquiatra alemão Emil Kraepelin (que será mencionado posteriormente) e que dominou a psiquiatria alemã nas duas últimas décadas do século XIX.

Greisinger acreditava que as doenças tinham a sua origem em uma falha do cérebro. Esta deveria ser imediatamente tratada, de forma preventiva ou curativa. Aceitava a transmutação das doenças, ou seja, que o doente poderia passar de uma condição patológica para outra, o que era chamado de diagnóstico duplo, e isso era explicado pelo fato de que, uma vez que o cérebro desvia do eixo, qualquer coisa pode acontecer com o mesmo. Assim, foi possível aceitar a questão da problemática maníaco-depressiva, onde era plausível ver que o paciente mudava de uma condição para outra, as duas se alternavam constantemente, caracterizando a presença de duas doenças em uma só.

O renomado médico foi o primeiro a dizer que existiam doenças que eram apenas tratáveis, ou seja, não tinham cura, e outras eram totalmente possíveis de serem curadas. Ao usar esses critérios ele estabeleceu divisões no asilo onde trabalhava para facilitar o direcionamento do trabalho. A ideia era a de fazer com que pacientes que possuíssem alguma salvação pudessem viver em uma parte mais tranquila, para que fosse mais fácil conseguir realizar o tratamento; se ficassem próximos aos pacientes mais perturbados teriam maiores dificuldades de se recuperarem. O termo depressão já ganhava alguma força a essa altura, e a forma mais usual de tratamento era através dos medicamentos<sup>34</sup>.

Griesinger e suas teorias conseguiram se destacar entre os ditos médicos somatistas, que acreditavam que os estados depressivos eram originados do corpo orgânico, e os psiquistas que apontavam para a doença como fruto de um distúrbio da mente. Para isso, ele propôs em relação à melancolia uma síntese da relação de excitação-depressão, localizada no sistema nervoso que afetava as questões morais dos indivíduos. Griesinger acreditava que a causa da melancolia, ou da alienação mental, como era chamada nessa época, poderia tanto ter sua causa em um estado físico, quanto em uma problemática moral, porém, a localização era sempre no cérebro, independentemente de

---

<sup>34</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

qual fosse a causa<sup>35</sup>. Em consonância com essa ideia, na atualidade, Berlinck entende que: “a depressão é causada por uma irritação viva do cérebro e consiste em uma lesão da inteligência e da vontade, com uma emoção penosa, depressiva, que domina o indivíduo sob a forma de dor moral”<sup>36</sup>.

Griesinger também determinou uma classificação para as doenças e explicou a melancolia como:

Extensão e sistematização da frenalgia inicial. Distingue como formas clínicas a hipocondria (depressão com consciência e centrada no corpo), a melancolia propriamente dita, a melancolia com estupor, a melancolia com tendências destrutivas (suicídio, assassinato, impulsões destrutivas), a melancolia agitada<sup>37</sup>.

Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858) foi um médico francês e seu maior interesse era descobrir as causas da alienação mental. Contudo, despertou em Pinel uma aversão muito grande ao retomar a distinção entre as alienações essenciais das sintomáticas, essas últimas indicavam para algumas causas como: a inflamação das meninges, gastroenterite e de uma gota irregular. Apontava que, em alguns casos, as monomanias e melancolias eram causadas por uma lesão profunda e durável das afecções morais e a um erro dominante, mas não descartava a irrupção dessas alienações por meio físico. Não poderia de forma alguma eliminar o fator hereditário. Acreditava que essas espécies de alienação produziam no cérebro alguns efeitos que eram responsáveis por gerar certos sintomas<sup>38</sup>.

Na metade do século XIX, os trabalhos de Baillarger e Falret apareceram como um novo norte para a conceituação da melancolia. Neles, são apresentados os primeiros relatos que definem a melancolia como depressão, tendo uma relação direta com a mania. Baillarger colocava a doença como “loucura com dupla forma”, modificando o que havia sido apresentado por Esquirol. Falret, que foi considerado fundador da psiquiatria clássica, na França, denominou a melancolia de loucura circular. Dizia que não era

---

<sup>35</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 69.

<sup>37</sup> Tradução livre. BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Traducción: Carlos de Santos - Buenos Aires: Manantial, 2014, p. 45.

<sup>38</sup> BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Traducción Carlos de Santos - Buenos Aires: Manantial, 2014.

possível diferenciar mania, melancolia, monomania e demência. Considerava apenas sintomas provisórios e passageiros. A nomeação da melancolia como depressão acarretou uma mudança no conceito sobre a mania. A partir desse momento, a mania passou a ser entendida como uma excitação<sup>39</sup>.

Baillager foi mais radical do que seus antecessores Guislan e Griesinger. Separou a lipemania do grupo das monomanias e foi contra as duas classes de delírios; mania e melancolia (lipemania), em confronto com as doenças em que as faculdades mentais estavam afetadas, e de um grande grupo no qual o dano mental é parcial e atua sobre a vontade, que era chamada de monomania instintiva, ou sobre o intelecto, que era chamada de monomania intelectual<sup>40</sup>.

Jean-Pierre Falret (1794-1870) foi um dos responsáveis pela reestruturação do campo da psiquiatria. Acreditava que em todos os casos de alienação mental era possível encontrar no cérebro dos doentes (ou em suas membranas) algum tipo de lesão. Porém, com o passar do tempo, percebeu que essa concepção não era suficiente para entender o que acontecia com os fenômenos psicológicos na loucura, então, passou a investigar escritos de psicologia para embasar suas teorias. Os princípios apontados por Falret se aplicavam primeiro à teoria do delírio e das manifestações delirantes, se aproximando muito das ideias de Greisinger.

Considerava a enfermidade mental como uma doença cerebral, cuja modificação orgânica primitiva era desconhecida em sua essência, mas era perceptível no que se referia aos seus efeitos. Existia uma crítica com relação aos somatistas alemães, que igualavam os delírios das pessoas que apresentavam doenças somáticas, ou as que se utilizavam de drogas e se intoxicavam com venenos, com aquelas que apresentavam um delírio crônico de uma alienação mental. Pensando assim, era possível acreditar que a utilização de um tratamento moral pudesse surtir efeito, era possível se utilizar de uma parte do psiquismo que permaneceu saudável para lutar contra a invasão das ideias delirantes. Permitia também a descrição das três etapas do processo de se abandonar: fase de incubação, onde aparece a frenalgia inicial, apontada por Guislan, que nada mais era do que a aptidão para delirar; a fase de sistematização, em que a perturbação das faculdades intelectuais e afetivas está alinhada ou encarnada em uma série de ideias

---

<sup>39</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia*: rastros de dor e perda. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

<sup>40</sup> BERCHERIE, P., 2014, op. cit.

determinadas; e através de uma elaboração contínua, em que o delírio já estruturado se torna imodificável e, desta maneira, incurável.

Em 1854, o psiquiatra Jules Baillager (1809-1890) apresentou na Academia de Medicina um informe no qual se propunha a discorrer sobre um novo gênero de classificação. Alguns médicos, anteriores a Baillager, tinham apontado a dificuldade de separar a mania da melancolia, mas o sagaz médico afirmou existir uma loucura de forma dupla, como foi mencionado anteriormente, na qual as sucessões das ocorrências só poderiam ganhar forma em um único acesso, onde poderia haver uma alternância entre os dois períodos. No entanto, poderia acontecer uma fase intermitente bastante duradoura entre os dois polos, mas que não significam um regresso para uma fase anterior<sup>41</sup>.

Falret acreditava ter descoberto uma fase intermediária de ordem natural para além da mania e da melancolia e que estava fundada em apenas um caractere principal. A quantidade de delírio, a tristeza ou a agitação formavam três estados particulares: a mania, a melancolia e o intervalo lúcido, que ocorriam em uma ordem determinada, e não era passível de transformação. Consistia em uma doença que pode permanecer por muitos anos, ou pior ainda, por toda a vida.

Os estados cuja sucessão contínua constitui a loucura circular não são em geral, nem a mania e nem a melancolia propriamente ditas com seu caráter habitual: é de alguma forma o fundo dessas suas espécies sem seu alívio<sup>42</sup>.

Embora as teorias de Falret e Baillager possuíssem muitos pontos em comum, também se diferenciavam pelo fato de que, para o primeiro, a “loucura circular” era apontada como uma entidade mórbida de causa hereditária, e com quadro clínico e evolução da doença determinados, enquanto Baillager se espelhava nas teorias de Pinel e Esquirol, demonstrando o aspecto mais orgânico/somático e das síndromes apresentadas da alienação em questão.

Outro respeitado médico vinculado às ideias de Falret foi Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899). Em 1863, propôs uma nova classificação das doenças mentais, e uma reformulação na organização e nos princípios do saber da psiquiatria. No seu processo clínico, considerava tanto os aspectos somáticos quanto os psíquicos para determinar as

---

<sup>41</sup> BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Traducción Carlos de Santos. Buenos Aires: Manantial, 2014.

<sup>42</sup> Tradução livre. *Ibid.*, p. 61.

patologias, assim, dividiu o procedimento em três partes: (a) a primeira dizia respeito à importância dos fenômenos vitais que caracterizavam o doente; (b) a segunda referia-se ao desenvolvimento do tempo do período mórbido, com base para determinar um diagnóstico; e, por último, (c) a utilização das novas nomenclaturas para realizar investigações mais detalhadas. Uma das classificações que despertaram maior interesse para o estudo da melancolia foi a criação das afecções idiopáticas, nas quais as perturbações estão vinculadas somente a um aspecto. Essa perturbação pode influenciar o humor afetivo, chamado de distímia, contudo, nada mais era do que a melancolia. Já em 1882, Kahlbaum adicionou a ciclotímia, uma nova nomenclatura para a loucura circular de Falret<sup>43</sup>.

Nesse intervalo, entre as teorias psiquiátricas apresentadas até agora, antes da aparição de Emil Kraepelin, é importante ressaltar a existência de uma psiquiatria romântica, que destoava um pouco de toda essa questão cerebral, e se apoiava em uma causa mais psicossocial, e que parece ser de fundamental importância, pois particularizava os problemas das pessoas e do ambiente no qual elas estavam inseridas, como fonte de sofrimento<sup>44</sup>. O maior representante desse movimento foi o alemão Heinroth, que associava as doenças ao estresse e ao estilo de vida adotado pelos homens, com relação as suas posturas religiosas, amorosas e morais.

Heinroth nasceu em Leipzig, seu pai era cirurgião e foi o grande incentivador de sua carreira médica. Em 1814, se tornou responsável por um abrigo de desvalidos, e durante sua carreira acadêmica se converteu no primeiro professor de terapia psíquica na Europa. O propósito da instituição em que ele trabalhava não possuía claramente um método para tratamento, era mais um local para isolar aqueles que eram marginalizados na sociedade. Heinroth acreditava que as doenças mentais eram originadas pela imoralidade, ou seja, pelo pecado. E, assim, afastado de Deus e de suas ordens divinas, esse homem estava condenado à perda da liberdade. Para o tratamento dessa doença, ele se utilizava de vários métodos empregados no passado, como restrições físicas, exercícios moderados e a utilização da água no tratamento, tanto que o crescimento dos *spas* nesse período foi significativo, fazendo com que europeus de diversos países seguissem em busca dessa cura a todo o custo. O nome dado para esse tipo de tratamento era

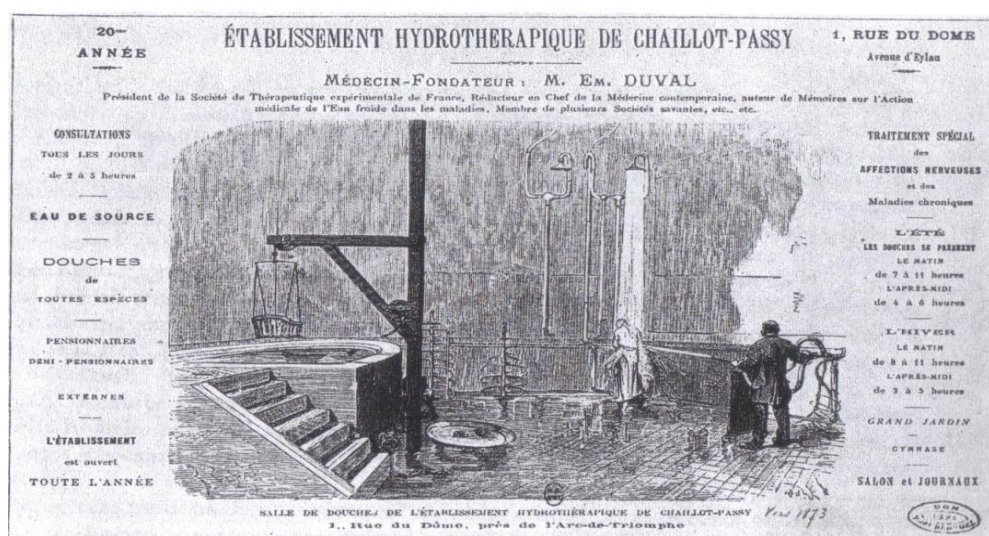
---

<sup>43</sup> BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Traducción Carlos de Santos. Buenos Aires: Manantial, 2014.

<sup>44</sup> CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

hidroterapia. Incluía banhos de água quente para os maníacos e água gelada para os atônitos. Existia também um procedimento que visava electrocutar o paciente imerso na água. Além desse, outro método era jogar um jato de mangueira extremamente forte. Outros procedimentos utilizados eram sanguessugas, purgantes e camas giratórias. Um verdadeiro arsenal de armas contra a depressão.

**Figura 9- Hidroterapia<sup>45</sup>**



Jules Cotard foi um neurologista francês conhecido por ser o primeiro a descrever e designar a síndrome de Cotard ou delírio de Cotard. Tal síndrome consistia na crença de que a pessoa estava morta, não existia ou carecia de órgãos internos<sup>46</sup>. As teorias de Cotard tiveram uma importância muito relevante por associarem o mecanismo da auto-acusação em pacientes melancólicos<sup>47</sup>. Com o livro *Do delírio das nega o*es, Cotard apresentou uma evolu o delirante diferente para os melancólicos que não sofriram de síndrome de persegui o. A forma mais leve estava associada   melancolia simples, já na forma mais grave, o estado mórbido era mais pesado. Nesse segundo caso, ocorria um agravamento dos traços hipocondríacos morais: ideias de culpa, estado de ruína e

<sup>45</sup> STAROBINSKI, J. *Historia del tratamiento de la melancolia desde los origines hasta 1900*. Tradu o Acta Psychosomatica. Basle, Switzerland, 1960.

<sup>46</sup> COTARD, J. (1882) *apud* QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

<sup>47</sup> FERREIRA, M.F. *A dor moral da melancolia*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014.

negação. Nesse ponto, a falta de amor em si mesmo acarretava delírio de culpa e danação; os temores se tornavam terrores. Uma das primeiras negações que se apresentava, era a possibilidade da sua própria cura, e na forma mais grave a negação da própria realidade e da existência de um mundo. A negação sistematizada aparecia de forma clara quando esses impulsos, hipocondríacos morais, sobrepunham-se aos hipocondríacos físicos. Desse modo, os melancólicos percebem-se sem coração, sem corpo, nem inteligência. Alguns doentes chegam até mesmo a se denominar na terceira pessoa do singular, é como se não existissem. Trata-se de uma negação da própria existência, não tem nome, nem idade e nem órgãos.

Os melancólicos ditos sem delírio são efetivamente acometidos por um delírio triste, tendo como objeto o estado de suas faculdades morais e intelectuais, e apresentando já uma forma negativa evidente. Eles têm vergonha ou mesmo horror de sua própria pessoa e se desesperam imaginando que não poderão jamais reencontrar suas faculdades perdidas. Eles lamentam sua inteligência esvaecida, seus sentimentos apagados, sua energia desaparecida [...]. Afirmam que não tem mais coração, afeição por seus parentes e seus amigos, nem mesmo por seus filhos.<sup>48</sup>

No que se refere aos delírios de ruína, acreditam ter perdido a riqueza moral, intelectual e material. Seria o avesso do delírio de grandeza em que os doentes acreditam ser possuidores de uma riqueza sem tamanho, com múltiplos talentos e capacidade acima da média<sup>49</sup>.

Entretanto, em 1895, Séglas – psiquiatra francês - situou a depressão como uma modificação das características intelectuais, e apontou a melancolia como uma psiconeurose, que era caracterizada por um estado anestésico, com alterações nas funções intelectuais e por um abalo muito significativo na sensibilidade moral, resultando em uma depressão penosa<sup>50</sup>. Séglas não empregou mais o termo delírio de negações, passando a chamá-lo de delírio de negações melancólico, ou melancolia com delírio de negações, ou ainda delírio de negações tipo Cotard<sup>51</sup>.

---

<sup>48</sup> COTARD, J. (1882/1997) *apud* FERREIRA, M.F. *A dor moral da melancolia*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014. p. 78.

<sup>49</sup> COTARD, J. (1882/1997) *apud* QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

<sup>50</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

<sup>51</sup> FERREIRA, M. F. *A dor moral da melancolia*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014.

Para Jules Séglas, os fenômenos elementares que constituíam a melancolia simples eram caracterizados por dor moral, distúrbios cenestésicos e intelectuais, esses dois últimos englobados pela questão da parada psíquica, e de que as ideias delirantes são secundárias a estes fenômenos<sup>52</sup>. Com relação aos distúrbios físicos, pode-se perceber cansaço, dores, perda de apetite e sono, lentidão dos pensamentos e movimentos, pouca higiene. E são esses dois aspectos, tanto do corpo e do pensamento, que são as raízes da dor moral, que é o sintoma mais importante da melancolia, essa dor resulta em um mal-estar muito impactante na vida da pessoa, abatimento doloroso, tédio, angústia e terror. O sujeito fica anestesiado, se isolando cada vez mais do contato com o mundo exterior e se consome em si mesmo. Tudo é obscuro e negativo. “Fica insensível às excitações normais, o que faz com que ele se isole cada vez mais do mundo exterior, fechando sobre si mesmo. Ele não participa mais do que se passa ao redor dele, tudo lhe parece penoso [...]. Ele vê tudo negro”<sup>53</sup>. O melancólico tem a certeza de que é culpado mesmo antes de saber qual é a acusação.

Algo de pavoroso e triste não para de acontecer com o melancólico desde sempre, e, contudo, nada em sua história lhe permite entrever em que ele teria desmerecido. Essa catástrofe enigmática não tem nem contornos nem forma, e não saberia tornar-se objeto de um relato, e menos ainda de uma ficção. Ela está fadada à repetição: todo acontecimento, banal ou excepcional, parece acrescido de um valor pejorativo e tende a lembrar que uma sorte injusta e cruel se obstina sobre ele, cujo universo interior é invadido por um negro humor.<sup>54</sup>

### 3.5 A loucura maníaco-depressiva (Kraepelin)

Emil Kraepelin nasceu em 1856, e teve muita influência na formação da psiquiatria moderna. Era conhecido como um dos mais renomados psiquiatras de todos os tempos. Formou-se em medicina em Wursburg, em 1878, então, completou as pesquisas que realizava juntamente com o experimentalista alemão Wilhem Wundt, um dos fundadores da Psicologia Experimental, o que deu origem ao reconhecimento da Psicologia enquanto ciência. Além de médico e filósofo foi professor de psiquiatria na

<sup>52</sup> QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

<sup>53</sup> SÉGLAS, J. (1894) *apud* FERREIRA, M. F. *A dor moral da melancolia*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014. p. 84.

<sup>54</sup> HASSOUN, J. *A crueldade melancólica*. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p.135.

Universidade de Dorpat e, logo depois, em Heidelberg. Em 1904, foi nomeado como diretor da clínica psiquiátrica em Munique, onde permaneceu ocupando a cadeira de psiquiatria<sup>55</sup>.

Kraepelin ficou conhecido como o pai da psicobiologia. Para ele, toda doença mental tinha uma base bioquímica interna. Em seus procedimentos tinha como objetivo separar doenças que eram adquiridas durante a vida, das doenças que eram herdadas geneticamente<sup>56</sup>.

Em seu livro *A loucura maníaco-depressiva*, Kraepelin coloca a melancolia como um estado depressivo e a divide em: (a) melancolia simples; (b) melancolia grave; (c) melancolia paranoide; (d) melancolia fantástica e, (e) melancolia confusa.

A melancolia simples possui uma estrutura de inibição da psique mais simples, ou seja, não apresenta distúrbios sensoriais, e não são caracterizadas ideias delirantes; ocorre uma dificuldade dessa pessoa em poder pensar de forma lógica, e essas dificuldades podem ser vistas de diversas formas.

Não pode mais se recolher, unir suas ideias: estas estão como paralisadas, não avançam mais. Ele tem a cabeça pesada, sente-se burro, como se tivesse recebido um golpe de bastão, tudo se mistura para ele. Não pode mais compreender nada, seguir o fio de uma conversa, o caminhar de um raciocínio em um livro. Sente-se cansado, abatido, desatento, vazio. Não tem mais memória, não é mais mestre dos conhecimentos que lhe eram outrora familiares, é obrigado a refletir muito tempo nas questões mais simples, comete erros de cálculo, se contradiz, não encontra mais suas palavras, não sabe mais fazer suas frases corretamente. A par disso, queixa-se de ser obrigado a refletir demais; novas ideias lhe vêm sem parar ao espírito, tem coisas demais na cabeça, não pode encontrar nenhum descanso, está todo confuso.<sup>57</sup>

É muito difícil o paciente sentir todas essas mudanças internas, na verdade, isso nada mais é do que uma despersonalização que afeta as representações, deixando de ter o prazer de outrora. Ocorre uma mudança na relação do doente com o mundo exterior, este passa a ser um local estranho, o próprio corpo parece não ser mais algo integrante dele

---

<sup>55</sup> RADDEN, J. *The nature os melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

<sup>56</sup> SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

<sup>57</sup> KRAEPELIN, E (1856[1926]). *A loucura maníaco-depressiva*. Tradução Débora de Castro Barros. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 92.

mesmo, seu reflexo no espelho parece não representar mais a realidade, ocorre alteração na voz, e sair do pensamento para a ação lhe parece muito difícil, e quando o faz não parece ser autor de tais atos.

O humor é alterado, um abatimento muito penoso logo toma conta, não possui mais vontade nem coragem de tomar atitudes, seus interesses são passageiros e nada é fixado. A alegria já condenada não se apresenta da mesma forma colorida, apresenta um descontentamento de si, e um desprezo pelos que o cercam e pelas suas ideias passadas.

Sombrios pensamentos lhe advêm: seu passado e seu futuro lhe aparecem igualmente tristes. Ele sente que não vale mais nada, nem no físico, nem no moral; ele não é mais bom para nada, considera-se “como um assassino”. Sua vida está perdida, ele não se interessa mais por sua profissão, quer trocá-la, deveria dirigir sua vida de outro modo, melhor prevenir-se [...]. Ele se sente isolado, oprimido por uma desgraça sem nome, ‘deserdado da sorte’; ele duvida de Deus, arrasta-se penosamente dia após dia com uma resignação surda, que não lhe deixa nem consolação, nem esperança. Tudo o desagrada, tudo o irrita, sociedade, música, viagens, trabalho profissional. Em todas as coisas, ele só vê os lados negros e as dificuldades; os homens que o cercam não são tão bons como ele havia pensado, ele caminha de desilusão em desencantamento. A vida lhe parece doravante sem objetivo: ele se sente um ser supérfluo sobre a Terra, não pode ter mais aí o seu lugar. [...] Ele tem o sentimento de que alguma coisa está quebrada em si mesmo, teme ter se tornado louco, paralítico; o fim se aproxima.<sup>58</sup>

Além de todas essas características citadas, também podem ocorrer estados de ideias obsedantes, como fobia de coisas sujas, agorafobia, medo de morrer por uma infecção do sangue, por exemplo. Outro fator notável é a dificuldade em agir, em sair do pensamento ao ato; o doente não tem mais vontade, lhe falta coragem para agir, ocorre uma petrificação do interior. Qualquer tipo de movimento lhe parece muito difícil de executar, um esforço sem limites para realizar atividades simples como se arrumar, ir ao banheiro, escovar os dentes, entre outros, passa a ser um tormento. Percebe-se que o doente evita encontrar as pessoas, evita o contato para ter que conversar, portanto, fica em casa para não ter que ver mais ninguém. Tudo que é novo, toda transformação ou uma mudança de rotina lhe parece insuportável, mesmo que o doente deseje a mudança, quando a mesma está prestes a ocorrer, desmorona. Acaba renunciando a toda atividade, imerso em seus pensamentos negativos, tende a ficar deitado em sua cama por muito tempo, promete que vai se levantar, mas dificilmente cumpre, e embora a vontade de

---

<sup>58</sup> Ibid., p. 93.

morrer seja muito frequente, são raras as tentativas de suicídio do melancólico. Em resumo, os sintomas mais relevantes seriam o abatimento profundo, um desgosto de si mesmo, a diminuição ou perda da sensibilidade, a dificuldade e a inoperância para se tomar uma decisão, ideias de autoacusação e um desprezo pela vida.

A melancolia grave, diferentemente da melancolia simples, vista anteriormente, apresenta distúrbios sensoriais e ideias delirantes. Os doentes possuem visões de corpos, espíritos e cadáveres, uma mancha de tinta na parede logo é associada a uma garganta cortada e uma cabeça degolada, e começam a ouvir vozes que incentivam o suicídio.

As ideias de auto-acusação na melancolia grave apresentam uma importância maior, desde jovem o doente se acha muito sujo, um assassino, que carrega a maldade consigo por onde quer que vá; delega seus trabalhos para outros fazerem, não tem capacidade para realizar nada, vive na sociedade como um enganador, não consegue mais trabalhar. Geralmente, essas percepções são de atividades pouco relevantes que ocorreram no passado e a pessoa carrega durante toda a vida. Sempre estão se lamentando do que fizeram e tentando pensar o que deveriam ter feito, existe uma questão de arrependimento das ações tomadas e que não podiam ser reparadas, há uma impossibilidade de refazer o que foi feito. Nesse ponto, de se auto-acusar, a religião apresenta-se como um campo fértil para tais pensamentos, pois o doente começa a achar que é um pecador, que está distante de Deus, que não é mais capaz de rezar, e que as forças divinas superiores o abandonaram, sendo que o julgamento final desse homem é vagar pelo inferno por toda a eternidade.

Fundamentalmente ligadas ao delírio de autoacusação estão as ideias de perseguição, como nos mostra Kraepelin:

O doente espera ser humilhado e ridicularizado por toda a parte; ele é desonrado, não quer mais se mostrar em lugar nenhum. Ele é observado, fala-se no ouvido diante dele, tosse-se levemente, cospe-se sobre sua passagem; fica-se chocado com sua presença, ela é considerada ofensiva, não se pode mais tolerá-lo: ele é recebido por todo o lado com quatro pedras na mão. Em sociedade tudo que se diz se refere a ele; fala-se com meias palavras de histórias de mulheres; dizem que ele é um cafetão, que deveria se enforcar, porque não tem caráter. Ele vê sinais por todo lado.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> KRAEPELIN, E (1856[1926]). *A loucura maníaco-depressiva*. Tradução Débora de Castro Barros. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 103.

Adicionado a tudo isso, o melancólico acredita estar seriamente ameaçado no que diz respeito a sua integridade física, não pode ser curado, não é mais de verdade, possui todos os tipos possíveis de doenças, os traços de seu rosto mudaram, acredita que vai ficar louco e passar o resto da vida em um asilo, isolado do mundo, pronto para morrer, já acredita estar morto, é um ser que pode transmitir doenças para outras pessoas, ninguém pode chegar perto, pois, pode ser fatal.

Outro tipo de melancolia estudada por Kraepelin foi a melancolia paranoide, onde o próprio nome já diz, ideias de perseguição dominam a vida do doente, e com elas as alucinações da escuta. Nessa doença, ocorre uma sensação que estão sendo observados durante todo o dia, seguidos por agentes de polícia e espiões soviéticos, ameaçados pelos assassinos mais cruéis, todos conspiram contra esses doentes, todos querem acabar com eles, os vizinhos estão tramando coisas contra eles, são ameaçados constantemente.

O pensamento costuma ser ordenado e, muitas vezes, coerente, porém, muito fixado em uma cadeia específica de representações, e cada vez que o melancólico tenta sair desse círculo uniforme, ele fracassa e retorna à mesma rotina de pensamentos de perseguição. Com relação ao humor, este apresenta um aspecto sombrio e, muitas vezes, desesperado, as notícias ruins geralmente não são recebidas com espanto, até mesmo o barulho dos vizinhos não o incomoda muito, a agitação que incomoda é a sua própria, ou seja, interna. Algumas vezes essas pessoas podem apresentar uma crise de ansiedade muito forte, desta forma, é possível perceber uma alternância entre um estado mais calmo e um mais agitado. São capazes de ficar o dia inteiro presos dentro do quarto, inertes em seu mundo sombrio, assim como podem se agitar de forma intensa, ficarem correndo pelo bosque, gritar sem parar.

Na melancolia paranoide, a tendência para cometer suicídio é maior, pois, essas ideias fixas permanecem durante todo o processo da doença, porém, geralmente não ultrapassam a fronteira do pensamento ao ato, pela não resolução dos sujeitos. Contudo, pode, em um determinado momento, esse doente perder a inibição da vontade de cometer esse ato, muitas vezes, essa vontade aparece de forma rápida e não pode ser controlada e o desastre pode ocorrer. Em muitos casos, também, esses melancólicos preparam toda a cena do suicídio, como se montassem um palco para depois atuar, e fazem testes antes da cena fatídica, e quando menos se espera eles se entregam para o ato fatal. Uma característica muito interessante é a de que alguns desses doentes acreditam que além da sua vida estar condenada, seria melhor que toda a família não estivesse viva, pois

acreditam que estariam mais felizes assim, desse modo, tentam matar a esposa, os filhos e se suicidar na sequência, como se livrassem todas as pessoas que amam desse mundo cruel, fazendo, assim, um bem para todos<sup>60</sup>.

A melancolia fantástica também é bastante importante, e sua principal característica é a evolução da ideia delirante para outro patamar, mais fantasioso. Nesse tipo de melancolia, os distúrbios sensoriais são muito significativos.

O doente vê espíritos ruins, a morte, cabeça de animais, fumaça no quarto, homens negros sobre os telhados, monstros pululantes, leõezinhos, uma cabeça sombria com dentes afiados, anjos, santos, parentes mortos, a Santíssima Trindade no céu, uma cabeça suspensa no ar. É, sobretudo, à noite que se passam essas histórias extraordinárias.<sup>61</sup>

Em adição a esses distúrbios sensoriais também ocorrem interpretações delirantes da própria realidade. O melancólico escuta assassinos na sua perseguição, pessoas estranhas o cumprimentam, os vizinhos estão tramando contra ele, os doentes tiram as conclusões mais variadas desses eventos, que os atormentam de forma muito nociva. As pessoas não são mais verdadeiras, o mundo no qual vivem não é o mesmo, as cartas são falsas, as horas estão confusas, os astros modificam-se, tudo se transforma em uma ficção.

As ideias delirantes tinham um caráter muito fantasioso, os pecados e atrocidades que esse doente cometeu no passado eram assustadores; infringiu a lei em todos os sentidos, corrompeu seus parentes, não seguiu as regras, foi responsável por uma doença que gerou uma epidemia. Por causa dos seus erros do passado, ele é parte integrante de um inquérito, ele acredita ser o responsável por todos os infortúnios da sociedade, todos sabem que ele é o criminoso.

Também apresentam ideias delirantes hipocondríacas muito elaboradas, todos os órgãos internos estão dilacerados, mortos, petrificados, vazios, pode-se dizer que o corpo estava em processo de decomposição. Suas estruturas ósseas estão em constante mudança, ossos dos pés e das mãos estão desarticulados, o corpo não tem mais consistência, a vitalidade foi embora. As ideias de negação podem se tornar demasiadamente absurdas:

---

<sup>60</sup> KRAEPELIN, E (1856[1926]). *A loucura maníaco-depressiva*. Tradução Débora de Castro Barros. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

<sup>61</sup> *Ibid.*, p. 109.

O doente não tem mais nome, país, não nasceu, não pertence mais ao mundo, não é mais um homem, não está mais lá, é um espírito, um aborto, uma imagem, um espectro, “nada além de uma aparência”. Ele não pode viver nem morrer; é obrigado a viver assim entre esses dois estados, está sobre a Terra até a eternidade, é tão velho quanto o mundo, já tem cem anos hoje.<sup>62</sup>

Percebe-se que a consciência desses melancólicos está, na maior parte do tempo, turva, pois não conseguem perceber com clareza a realidade que os cerca, suas ideias são confusas. Apesar disso, o pensamento fica, em geral, bastante ordenado, são capazes de orientar de forma precisa e coerente; o humor também se apresenta sombrio como nos outros tipos de melancolia. Ocorrem distúrbios da vontade, na maioria dos casos, uma estagnação ou posição de inércia. Além do mais, apresentam também a variação de um estado completamente depressivo, para momentos de mania.

A última classificação da melancolia é a confusa, caracterizada por distúrbios profundos da consciência que podem ser remetidos aos sonhos, ademais, uma quantidade muito grande de distúrbios sensoriais são notados, com características muito aterrorizantes, de diversas formas com ideias delirantes, confusas. “As fisionomias se transformam, os rostos são decompostos; é como uma migração das almas”<sup>63</sup>.

Todas essas confusões que o melancólico apresenta são vivenciadas como se fossem sonhos, porém, dentro da realidade, e com essa característica marcante vem também uma tendência de forte inibição, quase não falam, possuem dificuldade em juntar os pensamentos, quando emitem alguma opinião, ela é apresentada de forma lenta e, muitas vezes, confusa. Como uma característica similar a todos os outros tipos de melancolia, o doente fica na cama, sem ter sentimentos de agressividade, não se esforça e o rosto, na maior parte das vezes, não tem expressão. Mas também apresentam características de muito movimento, alternam entre esses estados depressivos e os estados de extrema alegria, gritam, gemem e protestam serem inocentes. Também é possível ver tentativas de suicídio.

A melancolia tratada por Kraepelin possui uma complexidade ímpar. Várias classificações são possíveis, o que torna o processo de diagnóstico e tratamento mais difíceis. A melancolia simples não apresenta distorções sensoriais e nem ideias delirantes

---

<sup>62</sup> KRAEPELIN, E (1856[1926]). *A loucura maníaco-depressiva*. Tradução Débora de Castro Barros. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 114.

<sup>63</sup> *Ibid.*, p.117

somadas. No entanto, assim como na melancolia grave, apresentam-se a autoacusação e a redução da autoestima, o que está muito próxima da melancolia, que será tratada pela Psicanálise especificamente por Freud no texto *Luto e Melancolia*. Todas as outras melancolias citadas têm grau menor ou maior, de distúrbios sensoriais e ideias delirantes, o que seguiria um caminho mais próximo da psicose.

Como se dá a tentativa de cura desses estados melancólicos? Como se apresenta a evolução dos quadros? Geralmente, lentas melhoras começam a surgir. Já o surto acontece precedido de distúrbios nervosos intermitentes e períodos de depressão e excitação muito leves, até que os sintomas descritos aparecem. O estado depressivo geralmente é mais prolongado do que os estados maníacos:

O desaparecimento dos sintomas se dá em geral de uma maneira irregular, com oscilações; algumas vezes aparece um estado de impaciência, de descontentamento, de mau humor, com agitação incessante e movimentos precipitados, estado que se aplica pela mistura com distúrbios maníacos leves.<sup>64</sup>

Quando o quadro melancólico desaparece, de forma repentina, deve-se pensar em uma mutação para um estado de mania. Aparentemente, pode parecer que o doente esteja curado, mas muito provavelmente não está. Ao contrário, seu quadro pode piorar ainda mais antes que uma melhora consistente se revele. Um momento posterior à depressão permite que o bem-estar se acentue indicando, assim, um sintoma maníaco. A seguir, um trecho da carta de uma melancólica relatando sua cura:

Eu sou agora uma mulher mais feliz que jamais fui em toda a minha vida. Sinto bem que essa doença, independente do quão dura, tenha sido suportar, devia ir. Hoje, enfim, depois de terríveis combates, posso entrever um futuro tranquilo. Meu espírito está completamente disposto; não preciso me esforçar; cozinho com a maior tranquilidade da alma; e, apesar de tudo, guardo meu ideal, que a vida, Deus seja louvado, me deixou intacto a despeito dessas terríveis provas. Assim, meu espírito experimenta o repouso mais perfeito.<sup>65</sup>

Com Kraepelin, é possível perceber que a loucura maníaco-depressiva desemboca em estados mesclados, ou seja, em posições que não levam nem somente à mania e nem

---

<sup>64</sup> KRAEPELIN, E (1856[1926]). *A loucura maníaco-depressiva*. Tradução Débora de Castro Barros. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p.120.

<sup>65</sup> Ibid.

somente à depressão, mas a uma mistura de ambas. Apresentam-se de forma alternada durante determinado período, gerando novos sintomas. A psiquiatria começava, nesse momento, a tentar eliminar o nome melancolia do vocabulário médico, substituindo a mesma por depressão<sup>66</sup>.

Desse modo, se de fato a melancolia se caracteriza pelo desenvolvimento insensível de uma depressão ansiosa, na qual se juntam a ela fortes variáveis de concepções delirantes, a loucura maníaco-depressiva se caracteriza por uma inibição clara entre a vontade e a ideação, e uma ausência notável de agitação ansiosa, assim, a propósito de uma doença que não pode mais manifestar o menor sentimento voluntário, mas que tinha mantido uma completa lucidez do espírito.

Mesmo se Kraepelin integrasse a melancolia ao grupo de psicoses maníaco-depressivas nas formas variáveis, seria possível insistir na questão que ele trouxe em um primeiro momento, a saber, em uma diferença clínica entre as duas afecções; a ansiedade e as ideias delirantes que indicam para a melancolia, e a inibição e a ideação da vontade que concernem à psicose maníaco-depressiva. Essas configurações sintomáticas sofreram uma mudança na semiologia moderna e eram capazes de evocar a problemática atual que oferece o estudo da melancolia em comparação à depressão e à psicose maníaco-depressiva, e distinguir essa problemática já é suficiente para que não excluamos os primeiros passos dos pensamentos de Kraepelin.

Logo, se a loucura maníaco-depressiva para Kraepelin era uma entidade mórbida, no mesmo nível da paranoia ou da esquizofrenia, pode-se dizer que ela englobava todas as mesmas características sintomáticas da melancolia, da mania e dos estados mistos. Então por que motivo consiste o interesse em diferenciar essas formas, em particular a melancolia? Para manter a integridade das ideias vistas que tendem para a mesma classificação? De fato, com relação à inibição psicomotora, ao estupor das ideias delirantes em estados de confusão, destacam-se três tipos de melancolia pura, todas caracterizadas por um agravamento do que se pode chamar de fixação de uma ideia, do ponto de vista do mecanismo, e pela dor moral e inibição psicomotora, do ponto de vista da síndrome clássica.

Apesar da grande importância de Kraepelin, a unificação dos transtornos de humor, sob o conceito da loucura maníaco-depressiva, foi pauta de grande rejeição em

---

<sup>66</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

alguns grupos psiquiátricos, não somente na Alemanha, mas em diversos países. “Karl Wernicke, contemporâneo de Kraepelin, tentou construir um ambicioso sistema de significados entre sintomas psiquiátricos e áreas cerebrais específicas”<sup>67</sup>. Wernicke recusou-se a aceitar todas as ideias de seu desafeto, e dizia existir cinco diferentes tipos de melancolia: a afetiva, a depressiva, a agitada, a atônita e a hipocondríaca; acreditava que essas estruturas não poderiam se relacionar entre elas e não poderiam ser consideradas no interior das psicoses maníaco-depressivas. Com a morte prematura e com teorias muito complexas, suas ideias acabaram ficando de certa forma esquecidas e pouco aproveitadas. Um de seus discípulos, Karl Kleist, tentou dar continuidade aos seus pensamentos, e foi nesse momento que já se podia vislumbrar a questão dos quadros afetivos: unipolar e bipolar, que foram conduzidos adiante por um de seus pupilos, à época, Karl Leonhard, que adotou a divisão entre depressão unipolar e a depressão bipolar.

No final do século XIX, o nome neurastenia apareceu pela primeira vez, ganhando *status* de doença da modernidade<sup>68</sup>. Ocorreu uma mudança na estrutura social, um enorme avanço das indústrias, a frenética vida nos centros urbanos, e as novas condições de vida geravam um estresse muito acentuado. Essa nova definição é creditada ao médico George Beard que, com essa nova perspectiva, pôde entender que as doenças mentais não eram somente produto da relação entre uma lesão orgânica e um sintoma, pois os fatores sociais de diferentes modalidades poderiam ser considerados de extrema importância para a irrupção de uma doença mental. Nesse ponto, é possível perceber a grande importância de Charcot, que questionou a incidência de neurastenia nas classes trabalhadoras e colocou o trauma como a principal fonte entre os fatores etiológicos. Afirmou ainda que a neurastenia poderia afetar qualquer pessoa, independente da profissão que exercia.

---

<sup>67</sup> CORDÁS, T. A; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 131.

<sup>68</sup> PERES, U. T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

## CAPÍTULO IV: AS RAÍZES PSICANÁLITICAS DA MELANCOLIA

A criação da Psicanálise revolucionou a forma de entender as doenças. Os tratados antigos que apontavam para uma origem orgânica foram deixados de lado e uma parte do que foi elaborado pela Psiquiatria clássica foi utilizada. Porém, com a elaboração da teoria do inconsciente, de Sigmund Freud, e a construção da clínica psicanalítica, ocorreu uma virada demasiadamente importante no significado da melancolia em todos os âmbitos.

### 4.1 As origens arqueológicas da constituição da Psicanálise

Sigmund Freud nasceu em 1856, na Moravia, mas passou a maior parte de sua vida na cidade de Viena, na Áustria. Foi criado para ser médico. Seus estudos começaram em Paris, onde trabalhou com o renomado neurologista Jean-Martin Charcot. Quando voltou para Viena, começou uma relação profissional muito importante com Josef Bleuler. Ambos passaram a usar a hipnose como ferramenta para a cura das histéricas. Fundador do movimento psicanalítico, depois de um tempo, Freud abandonou completamente a hipnose desenvolvendo, assim, a técnica de livre associação. Graças a essa técnica, cargas emocionais reprimidas no inconsciente puderam vir à tona na consciência<sup>1</sup>.

A diferença fundamental entre a hipnose e o que Freud fazia consiste em que, na primeira, o hipnotizador opera por meio da sugestão, dizendo ao paciente o que deve fazer para se liberar dos sintomas que o incomodam. Já na psicanálise, o uso da sugestão é desaconselhado, e justamente por isso o dispositivo analítico visa a chegar até o conflito emocional pelos meios conhecidos como livre-associação, interpretação etc.<sup>2</sup>

O surgimento da psicanálise foi importante para a quebra de paradigma das clínicas que a antecederam. Contudo, antes de apresentar a construção da clínica psicanalítica em si é importante traçar as principais referências e motivações que levaram Sigmund Freud a elaborar a teoria psicanalítica. Sua teoria representou um importante

---

<sup>1</sup> RADDEN, J. *The nature os melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

<sup>2</sup> MEZAN, R. Psicanálise e psicoterapias. *Estud. Av.*, São Paulo, v. 10, n. 27, p. 95-108, Aug. 1996.

ponto de virada no significado da melancolia, inclusive no que concerne aos pilares desse trabalho: nomeação, causas, sintomas e tentativas de cura. Será que toda essa evolução do significado da melancolia tratada até agora, nos principais períodos históricos da humanidade, serviu de base ou inspiração para a criação da teoria psicanalítica e, conseqüentemente, da melancolia?

O contexto histórico no qual Freud estava inserido merece um destaque pelo fato de ser um momento de mudança entre o pensamento antigo e o pensamento moderno. “[...] É fato que o momento histórico cultural absorvido por Freud, em Viena, no final do século XIX, influenciou sobremaneira a construção e a especificidade da teoria psicanalítica”<sup>3</sup>. Existia uma vontade de estabelecer o presente sem as amarras do passado em todos os sentidos, fossem eles: culturais, sociais, econômicos, políticos entre outros. *Fin du siècle*<sup>4</sup> foi o termo usado para designar essa transformação caracterizada pela decadência do sentimento de identidade; o questionamento da questão de gênero (masculino e feminino) e a crise de identidade do judaísmo<sup>5</sup>.

O jovem Freud começou a estudar de forma precoce. Estudou grego, latim e leu grandes clássicos da literatura alemã e inglesa, além de se dedicar à história antiga. Quando estava na Universidade, seus conhecimentos foram ampliados por ter estabelecido contato com professores de vasto conhecimento e gabaritados como, por exemplo, Franz Brentano, professor de filosofia, com quem se dedicou a estudar Kant e Aristóteles, entre outros, além de algumas referências no campo da fisiologia.

Em meio a essa ampla e crônica crise de identidade, característica da modernidade vienense, Freud concebe a psicanálise como uma teoria que se presta ao estudo da condição do psiquismo humano. Ao apresentar em sua obra, um método de trabalho e de explicação do funcionamento do psiquismo humano que pretende resgatar as experiências individuais do sujeito na infância, em um meio cultural específico, na qual a sexualidade e o inconsciente se estabelecem como guias situados acima e além de qualquer política ou sistema social, ele assume a identidade derivada da modernidade vienense: resgata o passado e a tradição históricos de cada indivíduo e marca sua posição

<sup>3</sup> LOBO, A. L. *Freud: a presença da Antiguidade clássica*. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2004. p. 15.

<sup>4</sup> *Fin du siècle*: termo em francês que significa: Fim do século. Representava uma transformação da sociedade do “antigo” para o “novo” em diversos âmbitos.

<sup>5</sup> LOBO, A. L., 2004, op. cit., p. 15.

na pós-modernidade através da consolidação da teoria psicanalítica para além dos limites de Viena.<sup>6</sup>

O interesse de Freud pela Antiguidade clássica merece atenção: suas motivações eram advindas em um primeiro momento da sua formação escolar, em seguida pelo fato de que esse período foi marcado por grandes descobertas arqueológicas. Entre os grandes exploradores e arqueólogos, Heinrich Schliemann<sup>7</sup> merece destaque. Na biblioteca de Freud, se encontravam trabalhos de diversas disciplinas, principalmente livros que tratavam de arqueologia, história geral e antiga, antropologia, filosofia e medicina, entre outros, escritos em diversas línguas.

Logo após a morte de seu pai, em 1896, Freud começou a colecionar antiguidades, especialmente pequenas esculturas, oriundas de civilizações mediterrâneas<sup>8</sup>. A coleção desses artefatos somava mais de duas mil peças que foram adquiridas durante todo o processo da elaboração da teoria psicanalítica e certamente devem ter uma relação direta com a mesma.

O interesse de Freud pela cultura antiga encontra-se também exposto em uma metáfora comumente utilizada, tanto por ele quanto por seus comentadores: a de que o trabalho psicanalítico seria análogo ao trabalho de escavação de um arqueólogo, um trabalho de busca, de observação, de cuidado técnico e metodológico, que almeja resgatar concretamente um determinado valor histórico.<sup>9</sup>

A arqueologia poderia indicar uma espécie de “exemplaridade cultural”, das produções individuais como: sintomas, sonhos e fantasmas. “Essa exemplaridade é a da memória (modelo da histeria) de um passado soterrado, mas também da morte em sua função subjetiva para a vida”<sup>10</sup>.

Muitos textos escritos por Freud possuem uma relevância importante no que diz respeito às suas fundamentações metapsicológicas como nos textos: *a Interpretação dos sonhos* e *Totem e tabu*. Além disso, faz-se importante as explicações referentes ao

---

<sup>6</sup> LOBO, A.L. *Freud: a presença da Antiguidade clássica*. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2004. p. 22.

<sup>7</sup> Heinrich Schliemann foi um explorador, arqueólogo, se dedicou a escavar ruínas soterradas de civilizações pré-helênicas. Ítaca, Micenas e, parcialmente, Creta, foram algumas de suas grandes descobertas arqueológicas.

<sup>8</sup> FÉDIDA, P. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. Tradução Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 2002.

<sup>9</sup> LOBO, 2004, op. cit., p. 34.

<sup>10</sup> FÉDIDA, 2002, op. cit. p. 67.

complexo de Édipo. Todas essas obras possuem embasamento na Antiguidade clássica. Porém, como essa tese não visa trabalhar toda essa relação, será importante se ater ao primeiro texto (*A interpretação dos sonhos*), por ser o texto fundador da teoria psicanalítica, e que está fortemente enraizado com a Antiguidade em muitos aspectos.

Seu livro *A Interpretação dos Sonhos* foi publicado em 1900 e marca o início da Psicanálise. Neste, Freud coloca a importância do entendimento dos sonhos não somente para estudos psicanalíticos, mas, para com o conhecimento em geral. Desenvolve a teoria acerca do funcionamento do aparelho psíquico por meio dos sonhos. Faz uma relação entre a pré-história e a infância. “*A Interpretação dos Sonhos* pauta-se em Artemidoro de Daldis (Éfeso, sec. II a.C.) e em outras referências da Antiguidade – como Édipo, por exemplo”<sup>11</sup>. As teorias de Aristóteles mereceram destaque como uma herança da filosofia no que diz respeito à teoria dos sonhos. Heródoto e Hipócrates também foram citados como teóricos relacionados para a elaboração da mesma teoria. A influência que merece maior destaque é Artedomiro Daldiano, cujo trabalho era o mais conceituado no que dizia respeito ao estudo dos sonhos na Antiguidade, especificamente no mundo greco-romano.

Freud não se apoiou somente na Antiguidade e em outros períodos importantes da história, os conceitos e teorias da psiquiatria também foram importantes, em especial, no que diz respeito às psicopatologias. Um dos pontos que dominou de forma clara a evolução da psiquiatria clássica é a predominância de uma causa moral na gênese das doenças mentais. Nos estudos de Pinel e Esquirol, no que diz respeito a esse tema, prevalecia uma psicogênese emotiva sobre o duplo aspecto dos choques emotivos intensos e brutais com os estados emocionais prolongados, ou seja, existia uma tendência de que essas emoções negativas, dolorosas ou depressivas fossem trazidas à tona em um pensamento fixo<sup>12</sup>.

Na continuação do século, o conceito de moral passou a ser rebatido pela evolução das causas físicas, como: as alienações sintomáticas e a predisposição hereditária degenerativa. Esse esquema etiológico se aplicava também às neuroses, em particular à neurastenia hipocondríaca e à histeria. No período em que Freud começou a pesquisar sobre as neuroses e as psicopatologias, as concepções clínicas e nosológicas

---

<sup>11</sup> LOBO, A.L. *Freud: a presença da Antiguidade clássica*. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2004. p. 61.

<sup>12</sup> BERCHERIE, P. *Genèse des concepts freudiens: Les fondements de la clinique 2*. Paris: L’Harmattan, 2004.

predominantes eram presentes na escola de Illenau, particularmente de Kraft-Ebing. Alguns outros psiquiatras foram importantes para dar embasamento à evolução das teorias psicanalíticas no que concerne às psicopatologias como Griesinger, Morel, Kahlbaum, entre outros. O termo paranoia, por exemplo, que Kraft-Ebing toma de Kahlbaum, retrata os estados delirantes, agudos ou crônicos. Esse conceito Freud utilizou mais tarde para descrever algumas peculiaridades dos seus diagnósticos, como no caso Schreber.

De Jung, Abraham e Bleuler, Freud recebeu, mas não sem ressalvas, as novas noções clínicas e nosológicas de Kraepelin. Entre estas, três eram consideradas essenciais: 1) a distinção entre demência precoce (esquizofrenia) e paranoia (restrito a um delírio crônico). A partir desse ponto, Freud discutiu com Jung o diagnóstico de *dementia paranoides*. “A demência paranoide não é toda demência precoce de forma paranoide, mas uma forma rara e específica da mesma”<sup>13</sup>. 2) A concepção da psicose maníaco-depressiva, um lugar entre a depressão melancólica e os estados maníacos. Assim, se Freud estava interessado em entender o problema da melancolia, ele não pensou de forma mais apropriada, pois não avaliou os dois estados citados acima do ponto de vista de uma psicopatologia recíproca. 3) A separação entre a histeria e uma neurose traumática na qual Kraepelin carregava a noção da tradição alemã. Freud teve dificuldades em discutir sobre esse assunto delicado, em Viena, por conta da implicação médico-legal. O campo das psicoses foi sempre um campo de aplicação dos conceitos adquiridos e consolidados em outros pontos, como das neuroses, sonhos e psicopatologias<sup>14</sup>.

Pode-se afirmar, então, que todo o percurso de Freud para a criação da Psicanálise está fundamentado no período em que ele viveu em Viena e na mudança de pensamento (*fin du siècle*) do antigo para o novo em todas as suas diretrizes. Com sua formação e capacidade foi possível estudar e seguir mestres capazes de ensiná-lo a se familiarizar com teorias que serviram de arcabouço para o desenvolvimento da psicanálise. Sua teoria psicanalítica foi estruturada por influência da arqueologia, das teorias e práticas dos grandes filósofos da Antiguidade clássica, que ajudaram a fundamentar a metapsicologia freudiana. Além disso, recorreu à psiquiatria.

---

<sup>13</sup> Tradução livre. BERCHERIE, P. *Genèse des concepts freudiens: Les fondements de la clinique 2*. Paris: L'Harmattan, 2004. p.195.

<sup>14</sup> *Ibid.*

No que diz respeito ao significado da melancolia em todos os seus aspectos, não fica claro que Freud tenha se utilizado das teorias descritas, mesmo porque, na Antiguidade, o predomínio da teoria humoral perdurou por séculos. A teoria psicanalítica não se desenvolveu no âmbito do orgânico. Ao contrário, está estruturada no reconhecimento do inconsciente. É fato que o pai da psicanálise era um estudioso da filosofia, contudo, não se rendeu à ideia do excesso de bile negra como fator preponderante para a irrupção da melancolia. Seu diálogo mais significativo foi com a psiquiatria clássica, com Pinel, Esquirol, Kraepelin, entre outros.

Depois desse panorama, é importante entender como se constituiu a clínica da psicanálise, e como ela se distingue de suas precursoras. Freud provocou uma virada estrutural, pois o inconsciente passou a ser o recipiente nefasto da melancolia. A partir disso, algumas questões emergem, como: de que modo Freud elaborou a teoria do inconsciente? Quais os pontos de reestruturação que as doenças psíquicas sofreram? Contudo, antes de refletir sobre isso, é importante entender o nascimento da clínica psicanalítica, o que será feito a seguir.

#### **4.2 A construção da clínica psicanalítica**

A maior parte da obra de Freud se constituiu em uma época em que a clínica estava centrada basicamente na psiquiatria e na neurologia. Freud tinha formação em neurologia e trabalhou com Charcot, na Salpêtrière. Mas, trouxe algo novo e surpreendente: “Em vez de caminhar pacientemente a partir da semiologia para daí construir uma ligação diagnóstica com as hipóteses etiológicas, ele parte do ponto fraco do sistema: a terapêutica”<sup>15</sup>.

O início desse movimento se deu na histeria quando percebeu sintomas histéricos a partir da hipnose. A clínica estava centrada no olhar e na escuta da subjetividade. A hipnose era um procedimento que visava estimular recordações.

---

<sup>15</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 438.

Freud afirma que o uso do divã é uma lembrança do método catártico que permanece no método psicanalítico. Como símbolo de passagem do olhar à escuta, o divã é também um instrumento específico de corte para o olhar. O paciente se deita, mas não há inclinação do olhar do médico sobre seu corpo.<sup>16</sup>

Freud creditou a Charcot o fato de a histeria ter sido desassociada do âmbito moral, tratado por Pinel e outros psiquiatras, na qual a mesma estava diretamente ligada à mentira, à simulação e ao drama, porém Freud o comparava a Bernheim, pelo fato de o mesmo usar a técnica da hipnose, e pelo cuidado com relação à qualidade da descrição.

Charcot não era considerado um homem ligado à teoria, era mais “visual”, um clínico interessado em descrições, alguém com motivações em desvendar e entender a relação entre as imagens do corpo e as palavras da alma. “Os senhores sabem que tenho por princípio não considerar a teoria e deixar de lado todos os preconceitos. Se quiserem ver as coisas de modo claro, é preciso tomar as coisas como elas são”<sup>17</sup>. Essa característica visual era fortemente aplicada, tanto que Charcot sempre estava acompanhado de desenhistas e pintores, na tentativa de justamente colocar em imagens as doenças, entre elas, a primeira psicopatologia estudada, a histeria. A ideia de reconhecer um doente mental pela sua imagem marcou de forma estruturante a individualização da clínica da loucura. Charcot visava não tratar a histeria como algo fixa, e com características permanentes, mas sim, capturar o momento de transição. O movimento singular e elementar em sua regularidade, ele não tratava somente como histeria, mas como ataque histérico.

O hipnotismo era utilizado não como forma de cura, mas metodológica. Seu interesse era replicar os sintomas histéricos mostrando a autonomia deste quadro em comparação à epilepsia. Um problema se colocou para Charcot: como escolher uma feição ou um gesto que pudesse explicar o universal de uma experiência.

Lembremos que ele desloca a simulação histérica do âmbito moral, cujo agente deve ser re-educado, para o âmbito investigativo no qual a simulação é uma estratégia de experimentação, controle e semiologização de fenômenos, sendo a terapêutica, neste caso, secundária. Daí que o próprio método seja empregado para redescrever a patologia.<sup>18</sup>

<sup>16</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 439.

<sup>17</sup> CHARCOT, J-M. (1888) *apud* Ibid., p.558

<sup>18</sup> Ibid., p. 559.

Portanto, a clínica era uma atividade meramente visual e figurativa, e tinha como objetivo descrever os sintomas dos pacientes, os mesmos podiam ser vistos em apresentações de casos clínicos por alunos, médicos, e até pelos mais simples enfermeiros. Não havia qualquer tentativa de associar os sintomas à história de vida do paciente, nem às causas morais ou relacionais.

A clínica psicanalítica foi sendo elaborada e se distinguiu de forma muito significativa das praticadas anteriormente, visava tirar as mãos dos pacientes, e foi chamada de método de pressão, enquanto nas anteriores, com algumas ressalvas, o médico devia tocar o paciente e examiná-lo em seu leito. A hipnose sofreu um abalo e deixou de ser praticada, dando lugar a uma técnica mista entre a sugestão e a hipnose, a saber: a associação livre.

A escuta torna-se, assim, essência desse novo projeto clínico. Escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, ao deslize, à repetição ou à ruptura da fala. Flutuante e aberta a interrupções, insistências e silêncios do discurso. Tal escuta trará para o centro da cena clínica aquilo que o olhar médico deixava na sombra. A psicanálise pode ser assim definida como método de escuta e intervenção sobre a fala, mas também como método de leitura da escrita que constitui a materialidade do inconsciente. A ideia de uma escuta ativa e espontânea, assim como a leitura não visual, pode parecer estranha.<sup>19</sup>

“A análise que Freud realiza é, por assim dizer, uma análise “imane”, sincrônica, que pretende se concentrar na descrição do mecanismo da manifestação psíquica de um ponto de vista muito específico: o da clínica da nascente psicanálise”<sup>20</sup>. Quando se modificou a clínica do olhar para a da escuta, ocorreu uma cisão constitutiva, uma *subversão* da origem do conceito de clínica, o que para o psicanalista Christian Dunker significa inverter e deslocar o sentido de um processo e não é apenas a passagem ao contrário. Pois, é esta passagem acrescida de um deslocamento novo, portanto, sua figura não é o círculo, mas a elipse.

A semiologia que até então era orientada pelo orgânico, e fundamentada pelo signo e sua respectiva estabilidade, foi trocada por um aspecto singular do indivíduo na

<sup>19</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 439.

<sup>20</sup> LAGES, S. K. *Walter Benjamin: Tradução e Melancolia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p. 58.

relação do significante com seu significado, assim como o tempo da produção dessa significação.

Por exemplo, uma conversão histérica, como a paralisia de um membro, se realiza sobre a representação que o sujeito faz deste membro, e não pela sua estrutura anatômica. É o órgão sócio-simbólico, não o órgão anatômico que é convertido.<sup>21</sup>

Os relatos de Freud, assim como seus casos mais conhecidos, representaram uma quebra estilística e epistêmica em relação aos moldes da clínica tradicional. São relatos que se apropriaram de um suporte linguístico-discursivo no que concerne à relatividade, à temporalidade, ao caráter trágico, à arbitrariedade entre outros.

As regras de composição do sonho, do chiste, dos atos falhos, e dos sintomas podem ser descritas em termos de uma semiologia própria. Deslocamento, condensação, condição de figurabilidade, regressão e elaboração secundária, adquirem, neste sentido, a textura de uma gramática discursiva sobre a qual se erige a noção de inconsciente.<sup>22</sup>

Essa subversão da semiologia fez com que fosse preponderante adotar um viés específico e diferente sobre o entendimento de como os signos funcionavam e que, ao mesmo tempo, gerava uma problemática relacionada à fixação da referência semântica. Alguns pontos trabalhados por Freud como: trauma, sexualidade, castração, entre outros, visavam tentar estabelecer essa referência semântica da semiologia psicanalítica. “As ciências da linguagem estão para a psicanálise assim com a anatomia está para a medicina”<sup>23</sup>.

Com relação à etiologia, a psicanálise traz uma subversão no que concerne à noção da causalidade, assunto que motivou Freud para o estabelecimento da etiologia da histeria. Essa busca pela causa era fundamental para integrar a clínica com a pesquisa. Freud achava que era possível articular etiologia e terapêutica de uma forma regular. Pode-se ver essa tentativa em alguns de seus textos. Todos os casos clínicos mais significantes da obra de Freud aportam uma discussão etiológica.

---

<sup>21</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 441.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Ibid., p. 442.

Ocorre que com o desenvolvimento das hipóteses iniciais em torno do papel da sexualidade e do recalçamento de recordações infantis, a etiologia psicanalítica tende a se ramificar em níveis secundários, orientando-se para a etiologia específica de tipos clínicos, de sintomas e de formas de angústia. De tal forma que a descrição de mecanismos etiológicos torna-se indiscernível em relação à investigação do funcionamento psíquico. É, portanto, pela desintegração da fronteira entre normal e patológico que a perspectiva etiológica se desdobra na temática mais genérica da causalidade em psicanálise.<sup>24</sup>

O limite entre o normal e o patológico é muito impreciso, pois o normal não tem sua força em um fato de coerção coletiva, e sim a volatilidade de uma regra que se modifica de acordo com as condutas individuais.

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque ele é que sofre suas consequências, no próximo momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe.<sup>25</sup>

Foi necessário organizar as premissas para determinar o desenvolvimento das psicopatologias, para isso, foram utilizados alguns textos freudianos como, por exemplo, “*As psiconeuroses de defesa*”. Desta maneira, as neuroses não deveriam ser tachadas clinicamente como um conjunto de signos estáveis, e sim pela rigidez. Aquilo que podia ser transformado em uma unidade, ou seja, a capacidade de gerar sintomas de acordo com a lógica da formação. As principais formações diagnósticas estavam mais relacionadas com síndromes, ou seja, estados onde a presença de todos, ou uma parte dos signos aparecia de forma ocasional, com raríssimas aparições de signos estáveis. Surgiu então a pergunta: Como se contrai uma neurose? A título de curiosidade, por não ser fundamental para o estudo em questão, sobre a melancolia, Freud respondeu que a neurose era determinada por uma somatória causal estabelecida na relação entre: a constituição sexual; o acontecimento infantil; a fixação e o acontecimento acidental<sup>26</sup>.

<sup>24</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 446.

<sup>25</sup> CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 135.

<sup>26</sup> DUNKER, C. I. L., 2011, op. cit.

A questão diagnóstica também não poderia sofrer menor impacto no que se refere à subversão freudiana. O que antes era classificado de forma intensa e exaustiva, e com um nível de descrição muito detalhada, foi modificado, para uma homogeneidade na relação entre tratamento e diagnóstico. Essa estruturação indicou para um ponto de virada no diagnóstico das doenças muito marcante, inclusive para a melancolia. Antes, a relação entre médico e paciente era fundamentada no discurso médico, que era representado pelo clínico, e o paciente era seu objeto, representado pelo corpo. A psicanálise inverteu toda essa dinâmica.

É analisando quem será posto, por condição do método clínico, na posição de sujeito. Inversamente, o analista ainda que no lugar de agente do discurso, exercerá sua ação na posição de objeto. Seguindo essa estratégia, verifica-se que a relação estabelecida com esse objeto replica e acrescenta algo novo aos modos objetivos de construção, formação e constituição de objetos que caracterizam as diferentes estruturas clínicas.<sup>27</sup>

O diagnóstico deveria ser feito pela decifração do inconsciente, ou seja, pelas articulações entre significantes e sintomas, e sua atualização com a realidade sexual extraída na transferência, o que representou uma ruptura e uma reformulação da psicopatologia. Foi possível estabelecer algumas formas de diagnósticos em função das diferentes questões no que se refere à transferência: o tipo de relação da fala; o tipo de relação ao saber; o tipo de complemento do sintoma pela demanda, o tipo de aparelhamento do gozo e o tipo de relação com a falta. “A linguagem entra na diagnóstica psicanalítica não apenas como estrutura, mas como mediação fundamental na dialética com o Outro”<sup>28</sup>.

Existem duas relações possíveis no que diz respeito ao diagnóstico em Psicanálise: a primeira, atribuída ao ato de tornar esse diagnóstico um determinante para a entrada em análise, isto quer dizer, quando se tem uma pista diagnóstica, que pode abrir caminho para a transferência, assim sendo possível, a sua interpretação; a segunda, quando se tem um ganho estratégico por ter sido feita a tentativa de nomeação dos sintomas, o que nem sempre é fundamental.

---

<sup>27</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica*: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011. p. 457.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 458.

Com referência à noção de transferência, que rigorosamente supõe o método psicanalítico, a de relação objetal parecia poder transpor os dados da psicanálise à clínica psiquiátrica, para dar à dimensão da relação com outro toda sua importância [...]. No limite, as “relações sociais do doente e o conjunto de suas relações com o meio ambiente” revelariam supostamente a estrutura psicopatológica.<sup>29</sup>

É importante fazer uma consideração acerca da homologia das categorias semiológicas e diagnósticas na comparação entre a psiquiatria e a psicanálise. Freud manteve alguns termos descritivos que foram classificados na psiquiatria como: neurose obsessiva fobia, paranoia (demência precoce), esquizofrenia, melancolia, sadismo, entre outros. Nesse sentido, foram marcados três pontos que subverteram a clínica psicanalítica em confronto com a clínica clássica.

Em primeiro lugar, há os procedimentos que reorganizam essas classificações, segundo princípios de ordens distintas. Por exemplo, a separação entre psiconeuroses de defesa (fobia, neurose obsessiva, histeria, paranoia) e psiconeuroses de atuais (neurastenia, hipocondria, e neurose de angústia) tem como crivo de organização a incidência diferencial da sexualidade. A separação entre neuroses de transferência (histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva) e neuroses narcísicas (melancolia, paranoia e parafrenia) tem como princípio de ordem a relação diferencial a circulação da libido entre o eu e os objetos. A separação entre psicoses, neuroses e perversões tem como parâmetro a relação com a perda da realidade. Ou seja, são os conceitos psicanalíticos, não as descrições clínicas puras, que comandam as redescrições psicanalíticas dos quadros psiquiátricos.<sup>30</sup>

Em um segundo momento, havia os procedimentos de introdução para novas classificações clínicas, as chamadas neuroses atuais (angústia, neurastenia e hipocondria), a parafrenia como um modelo que mistura a paranoia e a esquizofrenia, e as neuroses que não possuem caráter estrutural (neurose traumática, neurose de caráter). Isso demonstrou um enfraquecimento das descrições psiquiátricas, em detrimento das contribuições da psicanálise. Por fim, existiu uma tentativa de redescrição das categorias da clínica clássica. “Esse trabalho de re-descrição é sinal indicativo do funcionamento covariante da estrutura clínica psicanalítica”<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> BRUSSET, B. Nota sobre a situação da noção de relação objetal. In: \_\_\_\_\_. *Comunicação e representação: novas semiologias em psicopatologia*. Tradução Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1989. p. 49.

<sup>30</sup> DUNKER, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 460.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 461.

Isso implica dizer que devido à dependência na semiologia, na terapêutica e na etiologia, as nomeações diagnósticas na psicanálise devem ser sempre revistas, e esse trabalho de redefinição que se embasa na metapsicologia, às vezes, não é tratado com os devidos cuidados, gerando, assim, o que se pode dizer uma “redescricao subversiva”. Como exemplo, há categorias como depressão, déficit de atenção, dependência química entre outras inseridas no vocabulário psicanalítico.

O tratamento em psicanálise se apresenta de diversas formas, pois está fundado em uma técnica de linguagem que desperta muitas dúvidas no que diz respeito à convicção e à noção lógica do conflito que se está vivenciando. Essa dimensão terapêutica aparece sempre vinculada ao contexto da metodologia envolvida no tratamento. Já na medicina, a técnica pode ser descrita como uma gama de procedimentos que são garantidos pela estabilidade e regularidade repetitiva. Essa técnica possui características de exatidão, tanto pelo saber que a define, como pelo resultado que é obtido. Já a psicanálise não segue uma terapêutica fundada em elementos empíricos. Os psicanalistas não seguem o mesmo procedimento, a linguagem técnica varia de um para outro, assim como a questão do diagnóstico, prognóstico e tratamento<sup>32</sup>.

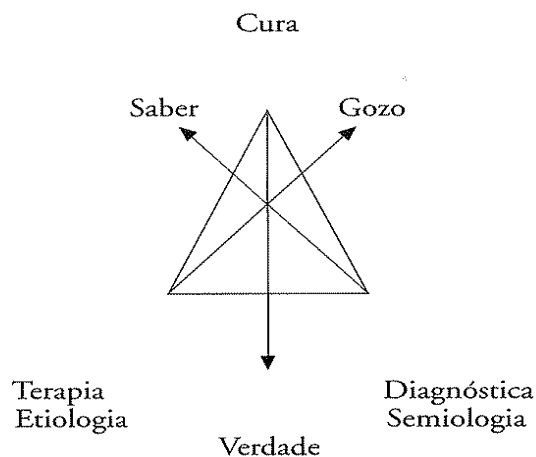
A psicanálise trata intrinsecamente do sujeito, por isso, está associada ao desejo, tanto do analista como do analisante. Se um médico aplicar suas técnicas sem o desejar, não afetará sua atividade enquanto clínico, mas se um analista não implicar esse desejo não estará praticando psicanálise. “A ética é uma regra constitutiva do jogo analítico, mas apenas uma regra regulativa do jogo clínico”<sup>33</sup>. No caso da psicanálise, ela é inserida internamente no tratamento.

---

<sup>32</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

<sup>33</sup> *Ibid.*, p. 479.

**Figura 10: Esquema sobre relações entre cura, terapia e clínica, no campo do tratamento psicanalítico<sup>34</sup>**



No vetor que liga a cura ao diagnóstico, encontra-se, sobretudo, o trabalho clínico voltado para uma investigação mais detalhada desse diagnóstico. É feito o mapeamento do sujeito, para encontrar sinais do inconsciente como: repetições, fixações em um determinado ponto específico, o que só é possível pela característica narrativa que esse modelo propõe. Esse vetor é transpassado pelo gozo que não cessa de se inscrever.

Na superfície que liga a cura à terapia, encontramos o trabalho de decifração do inconsciente, a interpretação e a construção da fantasia, que responderia pela noção de causalidade. Esta superfície é atravessada pela dimensão do saber que uma análise pode produzir para um determinado sujeito sobre seus sintomas e seus modos de funcionamento intersubjetivos. Trata-se aqui do deflacionamento dos ideais, da rearticulação das identificações, das identificações e do trabalho clínico em torno das noções de narcisismo e castração.<sup>35</sup>

No vetor que une a terapia ao diagnóstico, aparece o trabalho do manejo da transferência e a mediação da angústia. Ambos, com a função de dar sustentação à transferência, e realizar o que se chama de análise de resistência. O vetor que faz o corte é o da verdade, fazendo com que a transferência se dissolva.

<sup>34</sup> DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 480.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 481.

### 4.3 As correspondências melancólicas

A melancolia sempre foi tema de muita curiosidade e interesse para Freud porque teria ele sofrido com essa doença. Em suas correspondências, com seu amigo Fliess, revelou tendência a estar deprimido, apático e sem vontade para realizar qualquer atividade. Esse estado atônito estaria relacionado com o rompimento da relação com o até então amigo Bleuler. Tal desavença se deu porque Bleuler apresentou resistência a algumas ideias do pai da psicanálise, entre elas o conceito de histeria, e sobre a sedução<sup>36</sup>. As experiências de Freud com as afecções melancólicas se limitaram à análise clínica, mesmo que não tenha se ocupado de casos específicos para o entendimento dessa psicopatologia.

Freud sempre teve o cuidado e a vontade de separar o termo melancolia - próprio da psicanálise - do termo depressão, advindo da Psiquiatria, como é possível perceber nas cartas trocadas com Fliess.

Na *carta 18*, Freud<sup>37</sup> estava muito interessado em entender os quadros neuróticos e, justamente nesse manuscrito, apontou três critérios de abordagem para o entendimento: as mutações do afeto que apontariam para uma histeria de conversão; o deslocamento do afeto que conduziria alguns tipos de obsessão, e a que mais nos interessa no momento, que seria a troca de afeto, pois desembocaria em uma neurose de angústia ou melancolia. Foi possível entender que, em todos esses casos, é a excitação de cunho sexual que se transforma, contudo, o estímulo não era para todos os casos algo do sexual, isso queria dizer que, para algumas pessoas, essas ditas neuroses eram originadas por um desconforto ou não da vida sexual do sujeito.

Existiam também pessoas que não sofriam desse problema, mas estavam marcadas hereditariamente por esses transtornos. Já no chamado *Rascunho E*, Freud<sup>38</sup> tentou associar o mecanismo da melancolia com uma postura de anestesia sexual, ou seja, as pessoas que se encontravam nesse estado não tinham a necessidade do contato sexual, porém, apresentavam uma vontade muito forte da busca do amor na forma psíquica e não física, e são justamente nesses casos em que essa energia se acumula e não pode ser

---

<sup>36</sup> CORDÁS, T. A.; EMILIO, M.S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

<sup>37</sup> FREUD, S. (1894a). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Carta 18. In: \_\_\_\_\_. *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.1. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

<sup>38</sup> Id. 1894b.

descarregada, ou seja, continua insatisfeita, e a melancolia se instaura. Nesse momento, Freud faz uma distinção muito importante entre neurose de angústia e melancolia; na primeira, seria o acúmulo de tensão sexual física que se não descarregada seria responsável por instaurar a neurose de angústia e, na segunda, seria justamente na questão da tensão sexual psíquica.

O *Rascunho G*<sup>39</sup> foi o texto mais dedicado a explicar a melancolia. O primeiro ponto marca relações pertinentes entre a melancolia e a anestesia sexual. Muitos casos foram relatados de pacientes com essas características. Em um segundo momento, Freud apontou que a melancolia é um estágio mais grave de uma neurastenia. Na sequência, afirma que a angústia intensa é produto de um estado melancólico e, por fim, diz que a forma extrema da melancolia possui características hereditárias, de maneira periódica ou cíclica.

Com esses pensamentos, Freud levantou as seguintes considerações:

O afeto correspondente à melancolia é o luto – ou seja, o desejo de recuperar algo que foi perdido. Assim, na melancolia, deve tratar-se de uma perda – uma perda na vida pulsional. A neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa anorexia nervosa das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem nenhum apetite; não há qualquer outro motivo. Perda do apetite – em termos sexuais, perda da libido.<sup>40</sup>

Desta forma, o pai da Psicanálise indicou que a melancolia é o luto decorrente de perda libidinal. Seguindo esse raciocínio, em 1910, no escrito *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio*, Freud associou a melancolia com os estados de luto: “Podemos, acredito eu, apenas tomar como nosso ponto de partida, a concepção de melancolia que nos é tão familiar clinicamente, e uma comparação entre ela e o afeto de luto”<sup>41</sup>.

Assim, se a melancolia foi considerada por Freud um luto pela perda da libido sexual, é necessário entender, antes de explorar o texto *Luto e Melancolia*, a elaboração

---

<sup>39</sup> FREUD, S. (1895). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Rascunho G. In: \_\_\_\_\_. *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 1. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

<sup>40</sup> Ibid., p.253

<sup>41</sup> Id. 1910/1996, p. 244

das teorias de constituição da sexualidade, da infância até a fase adulta. Além disso, é crucial visitar o conceito de narcisismo, destinos das pulsões, além de outros textos que fornecem embasamento necessário para entender o que se perde realmente no estado melancólico.

#### 4.4 A constituição da sexualidade e seus desdobramentos

*Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* é um dos textos mais importantes de Freud. Publicado em 1905, é a base para iniciar o percurso rumo à compreensão da libido, do desenvolvimento psíquico e da sexualidade. Nesse texto, a neurose de angústia e a neurastenia - falada anteriormente no *Rascunho G* - entre outros temas relevantes, estimularam o pai da Psicanálise a elaborar suas teorias. No início, seu olhar foi significativamente influenciado pela química e pela fisiologia. Contudo, se distanciou dessas influências até constituir um olhar orientado pela psiquê e, então, a psicanálise fundou-se como uma ciência independente, embora aberta a intersecções com outras disciplinas.

Os primeiros indícios das influências da sexualidade apareceram nos casos de histeria. No texto *Neuropsicoses de Defesa*,<sup>42</sup> Freud afirmou que a histeria é o resultado de uma sedução sexual vinda de um terceiro, geralmente um adulto que já havia desenvolvido de forma sustentável a sua sexualidade. Se essa experiência fosse passiva e desprazerosa, então, uma histeria estaria em curso. Já se esse encontro fatídico fosse de forma ativa e prazerosa resultava em uma neurose obsessiva. Com o passar do tempo, essa teoria foi modificada chegando mais tarde a concluir que não era necessário um fator externo, uma experiência concreta, para o estímulo da sexualidade. Desse modo, constatou que as crianças, mesmo em uma tenra idade, já possuíam moções sexuais psíquicas, portanto, era um erro afirmar que só ocorreria uma eclosão da sexualidade na puberdade. No entanto, a teoria apontava para uma tendência à resistência em praticar qualquer ato sexual nesse período. A libido deveria ser armazenada e somente liberada

---

<sup>42</sup> FREUD, S. (1894c). Neuropsicoses de defesa. In: \_\_\_\_\_. *Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1889)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.3. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

na puberdade. Dessa contradição, era possível perceber as patogenias relacionadas à sexualidade infantil.

Em especial sobre a amnésia, traços anímicos encontrados nesse período do desenvolvimento são de fundamental importância para a constituição da identidade. As experiências sexuais infantis são armazenadas no inconsciente por meio do recalque e, em algum momento da vida, podem ser resgatas (trazidas à consciência) e, então, ressignificadas.

Creio, pois, que a amnésia infantil, que converte a infância de cada um numa espécie de época *pré-histórica* e oculta dele os primórdios de sua própria vida sexual, carrega a culpa por não se dar valor ao período infantil no desenvolvimento da vida sexual.<sup>43</sup>

A partir desse ponto, na obra de Freud, aparece pela primeira vez o termo sublimação para designar o redirecionamento da energia pulsional para outras atividades que não sejam de cunho sexual. Essas moções sexuais estariam desativadas em um período da infância por não estarem associadas diretamente às funções reprodutoras e, por outro lado, como em uma perversão, se apegariam diretamente a movimentos que provocavam sensações de desprazer, o que barra o avanço da sexualidade, assim como outros fatores, como vergonha e moral, além das imposições feitas pela sociedade.

Freud cita algumas manifestações da sexualidade na infância, a primeira é referente ao ato de sugar, esse movimento de prazer com a sucção pode permanecer em um indivíduo durante toda a vida, não visa qualquer propósito de nutrição e sim de intenso prazer, em uma repetição que se alia a um processo de extrema atenção e leva ao adormecimento, ou até mesmo em um tipo de sensação orgástica; muitas crianças passam dessa fase para a masturbação. A segunda manifestação se dá pelo autoerotismo, é a fase onde a pulsão não está direcionada para um objeto externo, o prazer está no próprio corpo.

No chuchar ou sugar com leite já podemos observar as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo *auto-erótica*, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma *zona erógena*. Antecipemos que essas

---

<sup>43</sup> FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos (1901-1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7. Tradução de Jaime Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 165.

características são válidas também para a maioria das outras atividades das pulsões sexuais infantis.<sup>44</sup>

Três pontos principais no desenvolvimento da sexualidade são: o apoio, a definição de autoerotismo e a noção de zonas erógenas. O apoio é observado quando a criança se coloca sobre um objeto que serve de apoio, geralmente a mãe. Esse objeto é o receptor da pulsão infantil, e serve de sustentação para a criação de um novo processo.

Não nos afastamos muito do pensamento freudiano, apenas o tornamos mais preciso, ao dizer que o que é descrito como “apoio” é, na origem, um apoio da sexualidade infantil no instinto, se se compreende por instinto o que orienta esta “função corporal essencial à vida”, no caso particular, primeiramente analisado por Freud, trata-se da fome e da função alimentar.<sup>45</sup>

O autoerotismo, como dito anteriormente, remete a uma atividade sexual dirigida para as pulsões parciais. Esse conceito gerou muita discussão no meio psicanalítico porque alguns de seus representantes acreditavam não ser possível emergir um objeto sem a presença de outro. Acreditavam, portanto, que o ser humano estava inserido em um universo com total ausência de objetos ou, então, desde o início da vida, já existiria um objeto sexual. Esse grupo de discordantes de Freud defendia que o autoerotismo não seria um estágio primário. Ao contrário, se apresentava em um segundo tempo remetendo, portanto, à perda de um objeto parcial: o seio da mãe. Esse objeto, então, começa a perder força quando a criança se dá conta da mãe como sendo um objeto total, ou seja, a mãe, e não mais um seio.

Há, desde o início, um objeto, mas que, por outro lado, a sexualidade não tem, desde o início, um objeto real. Que fique bem claro que o leite era o objeto da função, sendo essa como que preordenada em relação ao mundo de satisfação. Foi esse objeto real que foi perdido, mas o objeto está ligado ao retorno auto-erótico, o seio, - transformado em seio fantasmático – é ele próprio, o objeto da pulsão sexual.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos (1901-1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7. Tradução de Jaime Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 169.

<sup>45</sup> LAPLANCHE, J. *Vida e morte em Psicanálise*. Tradução Cleonice Paes Barreto Mourão e Consuelo Fortes Santiago. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. p. 24.

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 27.

Ao longo do desenvolvimento psicosssexual, a libido percorre zonas erógenas distintas. O alvo sexual da pulsão infantil são essas zonas ou regiões que a partir da estimulação geram prazer. A criança busca a repetição deste prazer ao sentir tensão ou desprazer. Procura, então, estimular a zona erógena e obter alívio de tal tensão, o que proporciona o prazer almejado. No entanto, o alvo sexual também pode se constituir pela substituição do estímulo projetado na zona erógena por um estímulo externo que viria a suprimir a tensão ao provocar a sensação de satisfação, o equivalente à manipulação da zona erógena no ato de sugar.

Nesse caminho, tenta-se separar o que é da ordem do registro sexual e o que é da ordem do vital e da autoconservação. Um exemplo ilustrativo é o ato de sucção do seio durante a amamentação, enfaticamente vivido na fase oral. Ao mesmo tempo em que a criança obtém satisfação, começa o desenvolvimento de experiências relativas aos processos sexuais. Os lábios ficam excitados, assim como a língua em contato com o seio e com o fluxo do leite morno. Nesse ponto, fica difícil para a criança entender e separar aquilo que é sexual do que é próprio da conservação da vida. A obtenção de prazer ou satisfação pode ser comparada ao orgasmo<sup>47</sup>.

Na fase anal do desenvolvimento psicosssexual, o ânus é a zona erógena, portanto, é nesta região que a libido está depositada. Os desconfortos intestinais fazem com que a descarga dos excrementos fecais provoque uma sensação de prazer intenso. As fezes que se acumulam no intestino provocam desconfortos abdominais significativos, quando expelidas geram uma sensação de alívio e prazer, pois eliminam uma tensão importante. Além desse prazer, a eliminação das fezes possui outro sentido, é a primeira oferta de amor para o cuidador, algo que a própria criança criou e oferece ao outro como presente, em forma de fezes. Na sequência, a libido se desloca para os órgãos genitais. São atribuídos a esses órgãos sexuais, tanto masculinos como femininos, o começo da vida sexual normal.

A bem da clareza convém eu indicar que é preciso distinguir três fases da masturbação infantil. A primeira é própria do período de lactância, a segunda pertence à breve florescência da atividade sexual por volta do quarto ano de vida, e somente a terceira corresponde ao onanismo da puberdade, amiúde o único a ser levado em conta.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos (1901-1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7. Tradução Jaime Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1996.

<sup>48</sup> FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos (1901-1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras

As pulsões parciais representam uma forma muito interessante de entender que na infância, além das zonas erógenas apresentadas anteriormente e da satisfação com o próprio corpo, característica do autoerotismo, é possível perceber a aparição de objetos externos que são causadores de prazer e sedução, a saber: as pulsões causadas pelo olhar e pelo ato de exibição, além da crueldade que aparecem como dissociadas das zonas erógenas e, somente em uma fase posterior, farão parte da vida genital do indivíduo<sup>49</sup>. As pulsões parciais significam que o sujeito ainda não possui um Eu plenamente constituído, uma unidade com autonomia, por isso, o seio e voz da mãe, por exemplo, são percebidos como extensões de um só corpo, acoplado.

A partir desse ponto, Freud<sup>50</sup> dedicou-se a investigar as fases de desenvolvimento da organização sexual, como mostrado a seguir:

Até agora, destacamos como características da vida sexual infantil o fato de ela ser essencialmente auto-erótica (seu objeto encontra-se no próprio corpo) e de suas pulsões parciais serem inteiramente desvinculadas e independentes entre si em seus esforços pela obtenção de prazer. O desfecho do desenvolvimento constitui a chamada vida sexual normal do adulto, na qual a obtenção de prazer fica a serviço da função reprodutora, e as pulsões parciais, sob o primado de uma única zona erógena, formam uma organização sólida para a consecução do alvo sexual num objeto sexual alheio.

A primeira das organizações pré-genitais, ou seja, daquelas que aparecem em um momento anterior a da fase genital, é a fase oral, chamada também de canibalesca. Nesse momento, a moção sexual ainda não se separou do ato de nutrir, assim sendo, o alvo sexual passa a ser o da incorporação do objeto, modelo que em um momento posterior será de fundamental importância na questão das identificações e conseqüentemente da melancolia.

O alvo da alimentação era justamente a ingestão, nomeada na Psicanálise de incorporação. Uma segunda fase anterior à genital é a fase sádico-anal, onde ocorre uma sensação de dominação através da musculatura do corpo, e que representa a região erógena do intestino<sup>51</sup>.

---

Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7. Tradução de Jaime Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.177.

<sup>49</sup> Id.

<sup>50</sup> Ibid., p. 186

<sup>51</sup> LAPLANCHE, J. *Vida e morte em Psicanálise*. Tradução: Cleonice Paes Barreto Mourão e Consuelo Fortes Santiago. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

Com relação à escolha objetal, Freud<sup>52</sup> apontou dois tempos: o primeiro que ocorre dos dois aos cinco anos, e que sofre um retrocesso pelo período de latência, e é caracterizada pela natureza infantil de seus alvos sexuais. A segunda surge na puberdade e tem a função de determinar a vida sexual de forma definitiva. Essa escolha objetal infantil é de fundamental importância pelo fato de que as mesmas permanecem durante toda a vida, em processos posteriores, ou podendo permanecer constantes, ou se modificar durante a puberdade, porém, muitas dessas experiências são recalçadas na passagem de uma fase para outra, inutilizando algumas delas.

A escolha de objeto da época da puberdade tem de renunciar aos objetos infantis e recomeçar como uma corrente *sensual*. A não confluência dessas duas correntes tem como consequência, muitas vezes, a impossibilidade de se alcançar um dos ideais da vida sexual - a conjugação de todos os desejos num único objeto.<sup>53</sup>

As fontes da sexualidade infantil se manifestam através de excitações mecânicas e ritmadas do corpo, como no aparelho sensorial dos nervos, na pele e nas áreas ditas profundas, como músculos e aparelho articular. Além disso, aparecem em atividades musculares, processos afetivos e trabalhos intelectuais.

Freud<sup>54</sup> explica que na puberdade acontece uma mudança na configuração da sexualidade, enquanto na infância a pulsão era na sua maior parte autoerótica. Nesse período, ocorre um encontro com o objeto sexual. Isso implica dizer que na sexualidade infantil as pulsões e zonas erógenas estavam segregadas, independentes umas das outras, buscando algum tipo de prazer, já nesse momento da puberdade existe um novo alvo sexual para onde as pulsões divergem, e as zonas erógenas se subordinam, é justamente a zona genital. É importante destacar que essa transformação será muito antagônica entre os sexos.

Nesse ponto, é possível entender que existe uma diferença entre o pré-prazer advindo da excitação de zonas erógenas e que remete em menor escala a uma pulsão

---

<sup>52</sup> FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre a Sexualidade e outros Trabalhos (1901-1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7. Tradução Jaime Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1996.

<sup>53</sup> *Ibid.*, p.189.

<sup>54</sup> *Ibid.*

sexual da infância, e o prazer final que seria a expulsão de substâncias oriundas da satisfação da atividade sexual que somente aparecem na puberdade.

Um termo muito importante surgiu com relação às teorias da sexualidade, a saber: a libido.

Estabelecemos os termos de libido como uma força quantitativamente variável que poderia medir os processos e transformações ocorrentes no âmbito da excitação sexual. Diferenciamos essa libido, no tocante a sua origem particular, da energia que se supõe subjacente aos processos anímicos em geral, e assim lhe conferimos também um caráter qualitativo.<sup>55</sup>

Ao separar a libido de outras energias psíquicas, foi possível entender a diferenciação entre aquilo que é da ordem da nutrição em detrimento daquilo que é da ordem do prazer, realizada por uma química especial. A partir dessas teorias foi possível chegar à libido do Eu, que só pode ser estudada quando ocorre um investimento objetal, ou seja, quando se tornou libido do objeto. A libido pode se prender ou abandonar objetos, transmutar entre os mesmos, e assim orientar o indivíduo a escolher uma forma de relação sexual que possa levar a completude, fazendo com que essa energia seja eliminada por um determinado período.

Nos casos onde a libido é retirada do objeto, essa energia é mantida em espera, criando assim uma tensão, e caso ela não encontre nenhum outro objeto externo para se conectar, ocorre uma introjeção para o Eu, consolidando a libido do Eu também conhecida como libido narcísica. Esse tipo de libido remete ao estado de origem realizado na primeira infância. Apesar de encontrarmos aqui essas duas formas de corrente libidinal é muito mais fácil compreender a libido voltada para os objetos do que a voltada para o Eu, pois essa última traz consigo uma mistura com outras energias que se manifestam nele mesmo.

Na fase da amamentação, o seio aparece não só como um aparato que nutre a criança, na verdade, nessa relação com a mãe geralmente são despertadas excitações vindas de zonas erógenas, mesmo porque a mãe repassa à criança também a sua própria experiência no ato de dar carinho, beijar e mostrar outras formas de amor. A mãe considera esse ato como o de um amor puro, e em nenhum momento entende que desde

---

<sup>55</sup> FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre a Sexualidade e outros Trabalhos (1901-1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7. Tradução de Jaime Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 205.

cedo está despertando pulsões sexuais na criança. Lembrando que a pulsão sexual não é somente referente à genitália, outras partes do corpo também são fontes de prazer. Quando essa relação se desfaz por um momento, ou seja, quando essa mãe se afasta da criança, a mesma fica angustiada, e logo se mostra irritadiça se estiver com estranhos, ou mesmo na escuridão, qualquer lugar em que esse primeiro objeto de satisfação e amor não está; a criança está propensa para entrar em estado de angústia e será afetada. “A criança portase como o adulto, na medida em que transforma sua libido em angústia quando não pode satisfazê-la”<sup>56</sup>.

Em um momento posterior, Freud, em 1907, em uma carta enviada ao Dr. Furst, tenta esclarecer a questão da sexualidade das crianças baseada nos *Três Ensaio sobre a sexualidade infantil*, levantando algumas questões e apontando algumas medidas a serem tomadas no desenvolvimento da mesma, indicando a importância da família, da escola e da sociedade em esclarecer as problemáticas sexuais ao invés de as deixarem escondidas.

A curiosidade da criança nunca atingirá uma intensidade exagerada se for adequadamente satisfeita a cada etapa de aprendizagem. Assim, no final do curso elementar, antes que inicie o curso intermediário, isto é, em torno dos dez anos de idade, a criança deveria ser esclarecida sobre os fatos específicos da sexualidade humana e sobre a significação social desta [...]. Um esclarecimento sobre a vida sexual que se desenvolva de forma gradual, nos moldes que acima descrevemos, sem interrupções e por iniciativa da própria escola, parece-nos ser o único que leva em conta o desenvolvimento da criança e que consegue evitar os perigos que estão envolvidos.<sup>57</sup>

Um pouco mais adiante, Freud<sup>58</sup> retomou a questão do erotismo anal, atentou para a questão do caráter das crianças. Em uma infância remota, o ato de reter as fezes indicava para uma formação sexual cujo caráter de excitação da zona anal era muito forte. A excitação sexual do homem conforme revelada anteriormente nos *Três Ensaio sobre a sexualidade* é de extrema complexidade e recebe um grande estímulo das zonas chamadas de periféricas, que mais tarde foram chamadas de zonas erógenas. Porém, a intensidade

---

<sup>56</sup> FREUD, S. (1905/1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre a Sexualidade e outros Trabalhos (1901-1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7. Tradução Jaime Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 212.

<sup>57</sup> Id., (1907/1996), p. 129.

<sup>58</sup> FREUD, S. (1907). O esclarecimento sexual das crianças. In: \_\_\_\_\_. *“Gradiva” de Jensen e outros trabalhos (1906-1908)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 9. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

dessas excitações não apresenta a mesma força, algumas são deixadas para trás e outras seguem diferentes destinos. Logo, o erotismo anal, que é um integrante do sexual, no curso do seu desenvolvimento e por questões sociais, é deixado para trás.

O narcisismo aparece como outro importante conceito da teoria freudiana para dar embasamento para o texto *Luto e Melancolia*, a fase autoerótica é ultrapassada, e a partir desse ponto ocorre a formação de uma unidade, com autonomia; no narcisismo primário ocorre um investimento da libido no próprio organismo, e no narcisismo secundário a libido é passada para os objetos.

#### 4.5 A construção narcísica e o direcionamento das pulsões

O termo narcisismo foi importantíssimo na construção da teoria psicanalítica, dado que a partir dele muitas outras teorias puderam ser criadas, e nada mais é do que o indivíduo considerar o próprio corpo como objeto sexual, realizando movimentos com o olhar, o toque, fazendo com que atinja a satisfação necessária. Algumas ideias apontavam para uma questão de perversão, ou outros distúrbios como o homossexualismo. Esses primeiros relatos apontavam para uma questão narcísica perversa, e é justamente essa paridade entre o próprio corpo e o corpo de um objeto sexual tratado por inteiro, onipotente, contemplado de forma total, que delimita as bordas, o invólucro representado pela pele.

Fora da ‘perversão narcísica’, supondo-se que ela possa ser isolada como entidade clínica, o que é muito duvidoso, o narcisismo é logo interpretado pelos sexólogos e pelos analistas como elemento constitutivo das perversões, e antes de tudo, da perversão homossexual.<sup>59</sup>

No entanto, algumas outras versões indicavam para um caminho diferente: “O narcisismo não seria uma perversão, mas o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autoconservação, do qual justificadamente atribuímos uma porção a cada ser vivo”<sup>60</sup>.

---

<sup>59</sup> LAPLANCHE, J. *Vida e morte em Psicanálise*. Tradução Cleonice Paes Barreto Mourão e Consuelo Fortes Santiago. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. p.73.

<sup>60</sup> FREUD, S. (1914). Introdução ao narcisismo. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p.14.

Freud disse que o narcisismo primário surgiu, em um primeiro momento, quando se tentou relacionar a paranoia com a teoria da libido<sup>61</sup>. Esses doentes apresentavam uma megalomania e desinteresse pelo mundo exterior. Já nos neuróticos não ocorria esse desligamento da relação erótica com as pessoas e objetos, mesmo que de forma imaginária era possível fazer uma ligação. O esquizofrênico retira completamente esse investimento libidinal das pessoas e dos objetos e não é capaz de substituí-lo por outras fantasias. Quais seriam os destinos dessa libido que foi removida? Para onde se redirecionaria? A libido é redirecionada para o Eu, retorna para um estágio anterior, ou seja, que já existiu. “Isso nos leva a apreender o narcisismo que surge por retração dos investimentos objetais como secundário, edificado sobre um narcisismo primário que foi obscurecido por influências várias”<sup>62</sup>.

Ocorre também uma disputa entre a libido do Eu, e a libido dos objetos, quanto mais um é investido, mais o outro se torna enfraquecido. Somente após um direcionamento da libido para um objeto é possível separar as energias psíquicas atuantes. É importante entender a relação do autoerotismo, vista anteriormente, com o narcisismo. Como ocorre essa passagem? O Eu não está formado no começo, somos movidos pelos instintos autoeróticos, pulsões parciais advindas de zonas erógenas, desta forma, o Eu tem que evoluir.

Freud apontou a existência de uma nova ação psíquica entre essas duas fases de desenvolvimento. Muitas questões foram levantadas acerca do narcisismo nesse período que não foram sanadas de forma direta e suficiente. O principal caminho para o estudo do conceito foi através dos estudos das parafrenias e das neuroses de transferência que possibilitavam uma tentativa de entender os impulsos libidinais.

Quando uma pessoa tem uma dor orgânica muito forte, uma doença que a faz sofrer muito, um desinvestimento do mundo exterior é realizado e somente sua condição passa a ser importante, pois o restante não tem relação nenhuma com o sofrimento que o mesmo vivencia, além de se afastar dos investimentos amorosos. Desta forma, ele retira por um tempo a libido dos objetos e reinveste no Eu por um determinado período, ou até a sua condição orgânica melhorar, e depois redireciona o investimento novamente para fora, seria um período de incubação da libido. De forma semelhante, quando se dorme,

---

<sup>61</sup> Id.

<sup>62</sup> Ibid., p.16.

ocorre uma retração da libido para o Eu, ou de forma mais precisa, um direcionamento para o desejo de dormir.

Segundo Freud, o direcionamento da libido é fundamental para determinar algumas psicopatologias, como no caso da parafrenia, em que não ocorre um desligamento total da libido com relação aos objetos, e seus quadros se distinguem de três formas:

1) As de normalidade conservadas ou neurose (manifestações residuais); 2) As do processo patológico (de desligamento da libido em relação aos objetos, e também a megalomania, a hipocondria, o distúrbio afetivo, todas as regressões); 3) As de restauração, em que a libido se apega novamente aos objetos, à maneira de uma histeria (dementia precoce, parafrenia propriamente) ou de uma neurose obsessiva (paranoia).<sup>63</sup>

Os impulsos instintuais da libido sofrem uma repressão de caráter patogênico quando se deparam com a cultura, as leis e as morais estabelecidas pela sociedade. Desta forma, pode-se dizer que essa repressão vem do próprio Eu, ou de forma mais clara, do autorrespeito do Eu.

As mesmas impressões, vivências, impulsos, desejos que uma pessoa tolera, ou ao menos elabora conscientemente, são rejeitadas por outra, com indignação, ou já sufocadas antes de se tornarem conscientes. A diferença entre as duas, que contém a condição de repressão, pode ser facilmente colocada em termos que possibilitam uma explicação pela teoria da libido. Podemos dizer que uma erigiu um ideal dentro de si, pelo qual mede o seu Eu atual, enquanto a outra falta essa formação de ideal. Para o Eu, a formação do ideal seria a condição para a repressão.<sup>64</sup>

Esse ideal do Eu, que foi reprimido, dirige-se para si mesmo, para um Eu que foi de muito prazer na infância, assim o narcisismo se desloca para esse novo Eu ideal que, como na infância, não apresenta nenhum tipo de imperfeição. Ocorre uma recusa em abrir mão de uma satisfação obtida na infância, e como isso não é possível devido às deformações que ocorrem nessa perfeição ao longo do tempo. Na fase de desenvolvimento, a pessoa tenta recuperar esse estado de plena satisfação no novo ideal

---

<sup>63</sup> FREUD, S. (1914). Introdução ao narcisismo. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 31.

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 39.

do Eu. “O que ele projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele próprio era o ideal”<sup>65</sup>.

O desenvolvimento do ideal do Eu foi confundido com a sublimação do instinto, essa força do ideal faz com que aumentem as exigências do Eu, favorecendo a repressão, e uma forma de realizar a exigência sem que a repressão atue é justamente através da sublimação. Essa construção do ideal do Eu tem uma característica de consciência moral, que foi adquirida através principalmente dos pais, e todos aqueles que de alguma forma participaram do desenvolvimento dessa pessoa.

A instituição da consciência moral foi, no fundo, uma corporificação inicialmente da crítica dos pais, depois da crítica da sociedade, processo que é repetido quando nasce uma tendência à repressão a partir de uma proibição ou um obstáculo primeiramente externo.<sup>66</sup>

Separando as pulsões sexuais e do Eu, foi possível encontrar uma dependência do amor próprio com a libido narcísica. Na esquizofrenia, o amor próprio é aumentado de forma significativa, já nas neuroses de transferência ocorre uma diminuição do mesmo. Nas relações amorosas, não ser amado reduz o amor próprio, enquanto o contrário faz aumentar, e ser amado é de extrema importância quando se diz respeito ao objetivo e a satisfação da escolha narcísica de objeto.

O investimento em objetos não faz crescer amor próprio, quanto mais dependente do objeto pretendido ou amado, mais se rebaixará; isso faz do apaixonado uma pessoa mais humilde. Aquele que de fato tem um amor inferiu em seu narcisismo uma perda parcial, e sendo amado ele pode reaver esse pedaço faltante. Aqueles que possuem dificuldade em amar por algum distúrbio de ordem física ou mental estão altamente ameaçados pela devastação do amor próprio, apresentam um sentimento de inferioridade e baixa autoestima, indicando para uma neurose de transferência. “Mas a fonte principal desse sentimento é o empobrecimento do Eu que resulta dos enormes investimentos libidinais dele retirados, ou seja, o dano trazido ao Eu por tendências sexuais não mais sujeitas a controle”<sup>67</sup>.

---

<sup>65</sup> Ibid., p. 40.

<sup>66</sup> Ibid., p. 43.

<sup>67</sup> FREUD, S. (1914). Introdução ao narcisismo. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v. 12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 46.

É importante conjecturar também a relação do amor próprio com os investimentos libidinais em objetos, e para isso é importante entender se esses investimentos estão em acordo com o Eu, ou se sofrem algum tipo de repressão. Quando esses investimentos estão alinhados com o Eu, o ato de amar, como dito anteriormente, diminui o amor próprio, porém, se houver reciprocidade desse amor, se ele é recuperado, fica elevado novamente. No caso de a libido ser reprimida, esses investimentos amorosos fazem com que ocorra uma importante degradação do Eu, assim, a satisfação desse anseio se torna impossível, e a única forma de reerguer novamente a sensação de amor próprio é abandonando o investimento libidinal desse objeto. Seria o retorno da libido para o Eu, reconstruindo o narcisismo original onde não era possível distinguir a libido do objeto da libido do Eu. Nesse sentido, nos diz Freud:

O desenvolvimento do Eu consiste num distanciamento do narcisismo primário e gera um intenso esforço para reconquistá-lo. Tal distanciamento ocorre através do deslocamento da libido para um ideal do Eu imposto de fora, e a satisfação, através do cumprimento do ideal.<sup>68</sup>

Quando existe essa ligação do objeto, o Eu se empobrece, assim como o próprio ideal do Eu, e depois se encorpa novamente com a satisfação ligada a esses objetos pelo fato também de estarem satisfazendo o ideal. Uma parte do amor próprio pode ser um excremento do narcisismo infantil, outra porção é dada pela onipotência gerada pela experiência de satisfação do ideal do Eu, e a última pela satisfação da libido objetal.

O ideal sexual pode se atrelar de forma bem interessante com o ideal do Eu, fazendo do mesmo um substituto de um obstáculo para a satisfação narcísica. Assim sendo, a pessoa passa a amar de acordo com o tipo de escolha narcísica do objeto, aquilo que se perdeu, ou que possuía atributos que jamais obteve, ou seja, aquilo que é faltante ao Eu, e de alguma forma é desejado, devendo ser amado. Percebe-se muito esse tipo de situação nos neuróticos que, pelo fato de estarem com um investimento muito grande em objetos, enfraquecem o Eu, e não atingem o ideal. Desta forma, retiram esse investimento dos objetos e reinvestem no Eu, em um sentido de volta para o narcisismo, a partir desse momento escolhem um ideal sexual do tipo narcísico, que possua qualidades que ele nunca vai poder atingir.

---

<sup>68</sup> Ibid., p. 48.

A insatisfação pelo não cumprimento desse ideal libera libido homossexual, que se transforma em culpa chamada de angústia social. Essa consciência de culpa foi inaugurada pelo medo de serem castigados pelos pais, ou melhor, de perder o amor dos pais, que com o passar do tempo são substituídos pelos companheiros. Na paranoia ocorre uma ofensa contra o Eu por não ter atingido o ideal, e pelo fato de o ideal e da sublimação rumarem para o mesmo lugar.

Em 1915, Freud apresentou a pulsão como um dos conceitos fundamentais para a Psicanálise. Relacionou esse movimento com o estímulo que vem de fora para dentro atingindo o tecido vivo e que é descarregado posteriormente em forma de ação. A pulsão seria um estímulo direcionado para o psíquico, porém, é fácil entender que existem outros estímulos para o psiquismo que não os pulsionais, estes são mais voltados para estímulos fisiológicos, por exemplo. A pulsão é produzida no próprio organismo humano, não se apresenta de forma pontual, é constante. Como advém do interior, nada é capaz de detê-la e implica na necessidade de satisfação.

Logo, se por um lado o ser humano é capaz de fugir de alguns estímulos externos, por outro, não consegue escapar da própria necessidade, ou seja, dos estímulos internos que evidenciam as necessidades pulsionais. Como não podem ser desfeitos pela fuga, os estímulos internos exigem muito mais do sistema nervoso para relacionar aquilo que vem do externo que possa gerar a satisfação interna.

Então nos parece a “pulsão” como um conceito fronteiro entre o anímico e o somático, como representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo que alcançam a alma, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao anímico em decorrência da sua relação com o corporal.<sup>69</sup>

Desta forma, é importante entender alguns aspectos da pulsão no que se refere à pressão, meta, objeto e fonte.

A pressão diz respeito à intensidade que a pulsão é aplicada, ou seja, o grau de força que ela representa para a realização de um trabalho, sendo toda pulsão considerada uma parte de uma atividade. Já a meta de uma pulsão visa atingir a satisfação, contudo,

---

<sup>69</sup> FREUD, S. (1915). As pulsões e seus destinos. In: \_\_\_\_\_. *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 23.

para atingir tal objetivo as pulsões podem tomar caminhos distintos e no final convergirem para o mesmo propósito. Podem ocorrer transformações, tanto em combinação quanto em substituições. Existem também pulsões que acabam sendo barradas no que tange a sua meta de satisfação, pois, ao longo do percurso rumo à meta primordial, podem se desviar do destino inicial ou ainda entender que uma satisfação parcial foi concretizada.

O objeto da pulsão é de fundamental importância, posto que, é por meio dele, ou junto a ele, que é possível a pulsão se ligar para atingir o objetivo final, ou seja, a meta. O objeto é o que pode ser mais variado quando se trata de pulsão, não é necessariamente um objeto externo, pode ser uma parte do corpo, por exemplo. Esses objetos podem ser substituídos diversas vezes no curso da satisfação, um mesmo objeto, no entanto, pode ser fonte de satisfação de pulsões distintas. Já a fonte da pulsão pode ser entendida como um fenômeno somático especificamente localizado em um pedaço do corpo ou no próprio órgão.

Freud identificou dois grupos de pulsões denominadas primordiais: as pulsões do Eu, que também eram nomeadas de pulsões de autopreservação, e as pulsões de cunho sexual. Apesar disso, o pai da Psicanálise encontrou muita dificuldade em fazer essa divisão.

Há duas concepções coexistindo justificadamente a respeito da relação entre o Eu e a sexualidade: uma, segundo a qual o indivíduo é o elemento principal, sendo a sexualidade valorizada como uma de suas atividades e a satisfação sexual como uma de suas necessidades, e outra para qual o indivíduo é um apêndice temporário e evanescente de um plasma germinativo quase imortal, que lhe foi confiado pela transmissão geracional.<sup>70</sup>

Para o entendimento mais elucidativo das pulsões sexuais, pode-se dizer que elas se apresentam em grande número, são oriundas de fontes orgânicas diferentes e agem de forma parcialmente independentes até a chegada ao seu destino, onde podem se agrupar de forma mais coesa. A meta certamente é apresentada como a satisfação sexual e a função reprodutora se coloca em segundo plano.

---

<sup>70</sup> FREUD, S. (1915). As pulsões e seus destinos. In: \_\_\_\_\_. *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 31.

As pulsões podem apresentar alguns tipos de destino, entre eles o da reversão ao seu contrário, o retorno para a própria pessoa e o recalque e a sublimação<sup>71</sup>. Desta forma, é importante nos determos na reversão em seu oposto que representa uma passagem de ativo para passivo. Na relação pulsional, ocorre uma inversão do conteúdo, um exemplo é a questão do par de opostos, sadismo e masoquismo, que, em um primeiro cenário, o indivíduo gosta de fazer o outro sofrer, enquanto o seu inverso é ter prazer em sofrer. A meta sofre essa transformação, pois, em um primeiro momento, a satisfação era de forma ativa, importunando e atormentando o outro, passando a ser substituída por uma ação passiva, ser importunado e atormentado, ocorrendo justamente essa inversão. É possível encontrar esse par de opostos também em uma característica muito importante que aparece em algumas psicopatologias, inclusive na melancolia que é a transformação do amar em odiar.

O retorno da libido para a própria pessoa pode ser explicado pela via dos pares opostos, também se entendermos que o masoquismo possa ser um sadismo que se voltou para o próprio Eu, seria nesse caso a transformação da posição ativa para a passiva.

Nesse momento, é importante abordar a diferença do autoerotismo para o narcisismo, primário, característico da primeira fase do desenvolvimento do Eu. Assim, as pulsões sexuais se satisfazem de modo autoerótico, por pulsões parciais.

Temos que dizer, quanto à fase preliminar da pulsão de olhar, na qual o prazer de olhar tem o próprio corpo como objeto, que ela pertence ao narcisismo, que seria uma formação narcísica. Dessa fase se desenvolveria a pulsão ativa de olhar, à medida que se abandona o narcisismo, ainda a pulsão passiva de olhar conserve o objeto narcísico. Do mesmo modo, a transformação do sadismo em masoquismo significaria um retorno ao objeto narcísico, enquanto em ambos os casos o sujeito narcísico é trocado, através da identificação, por um outro Eu.<sup>72</sup>

Nas pulsões autoeróticas, o papel do órgão de origem, chamado de fonte, é de extrema importância. Elas determinam, ao longo do tempo, a posição passiva ou ativa da meta pulsional. A mudança da pulsão em seu oposto fica perceptível, como discutido anteriormente, na transformação de amor em ódio, quando ocorre uma ambivalência de

---

<sup>71</sup> Ibid.

<sup>72</sup> FREUD, S. (1915). As pulsões e seus destinos. In: \_\_\_\_\_. *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 47.

sentimentos. O amor pode ocupar algumas posições, uma delas é amar-ser-amado, o que corresponde à mutação da atividade para a passividade, amar a si mesmo como foi explicado no termo narcisismo. Freud coloca que a vida anímica do ser humano pode ser trabalhada em opostos como o Sujeito (Eu) e o mundo externo, o prazer e o desprazer e o ativo e o passivo.

Esse primeiro antagonismo remete ao que foi explicado sobre a posição do sujeito em relação aos estímulos externos. De alguma forma, por uma ação muscular, podem ser barrados. A relação prazer-desprazer é determinada por nossas escolhas. A posição do ativo-passivo não deve, de forma alguma, ser confundida com a relação do Eu em posição oposta ao mundo externo. O Eu perante o mundo externo se apresenta de forma passiva recebendo seus estímulos, porém, quando reage contra esses ataques se coloca em uma posição ativa pela via das próprias pulsões. A posição ativa e passiva pode ser correlacionada apesar de haver algumas ressalvas sobre isso com a oposição masculino-feminino, sendo que o primeiro seria o ativo e o segundo o passivo.

Essas polaridades anímicas se comunicam entre elas, e o Eu no estágio inicial do narcisismo se encontra ocupado para se satisfazer de forma autoerótica. Justamente nesse momento, o mundo exterior não apresenta muita importância, é indiferente à satisfação. Apesar de que no momento autoerótico não é preciso a participação do mundo exterior, ele recebe objetos do mesmo para a autopreservação, e acaba sentindo alguns estímulos pulsionais de forma desprazerosa. Já na questão do princípio do prazer, ele recebe os objetos que lhe causaram satisfação, e introjeta-os, ao mesmo tempo, eliminando aquilo que foi fonte de desprazer. Assim, a marca do prazer se sobrepõe sobre todas as outras fontes. O mundo externo nesse momento se divide naquilo que é prazeroso e no que foi, de certa forma, incluído no Eu, e o que sobrou lhe causa estranheza. Sendo assim, desse movimento outra polaridade é estabelecida: o sujeito como sinônimo de prazer; e o mundo externo, que antes era tratado com indiferença, passa a ser fonte de constante desprazer.

Com a participação do objeto na fase do narcisismo primário, pode-se chegar à outra polaridade do amar: o odiar. Como dito anteriormente, os objetos são trazidos do mundo externo em um primeiro momento pelas pulsões de preservação, e o odiar também pode ser entendido com a relação produzida do Eu para com o mundo externo. A indiferença que é marcante no primeiro momento pode se transformar em ódio, no entanto, se esse mesmo objeto, que no primeiro momento, foi marcado de forma negativa,

pode, em algum momento, se transformar em um objeto de prazer e, desta forma, passa a ser amado e incorporado ao Eu. Depois da fase estritamente narcisista, com a entrada da fase objetual, o prazer e o desprazer passam a ser ordenados pelas relações do Eu com o objeto escolhido, pois, quando o mesmo gera uma quantidade suficiente de prazer o que ocorre é uma tentativa do Eu de incorporá-lo. Ocorre, ao contrário, quando o objeto remete a sensações de desprazer, uma tentativa de distanciamento, como se fosse a fuga original do mundo externo como desprazeroso. “Sentimos a “repulsa” do objeto, e odiamos; esse ódio pode depois se intensificar a ponto de tornar-se uma propensão à agressão contra o objeto, uma intenção de aniquilá-lo”<sup>73</sup>.

O fato de dizer que se ama um objeto parece ser aceitável, porém, dizer que se odeia um objeto traduz-se um pouco estranho, desta forma, não é muito viável dizer que existe amor e ódio na relação das pulsões com os objetos. Logo, pode-se dizer que a palavra amar está associada à relação do Eu com o objeto, e se fixa nos objetos sexuais, e naqueles que têm a função de satisfazer as necessidades das pulsões sexuais sublimadas. Partindo desse ponto, é possível separar as pulsões do Eu com as pulsões de ordem sexual. Já no ódio, o que ocorre é o Eu desprezando, odiando e abominando todos os objetos que causam desprazer, independente se houver uma interdição de caráter sexual ou alguma necessidade de satisfação para conservação. O problema do amor é do ódio, diferentemente dos outros pares de opostos, anteriormente citados, é o fato de que os dois não são de uma mesma origem, não foram formados a partir da divisão de algo de origem comum, cada um desses sentimentos passou por vias distintas sob a égide da relação entre prazer e desprazer.

O amor advém da capacidade do Eu de satisfazer de modo auto-erótico uma parte de suas moções pulsionais pela obtenção do prazer de órgão. Ele é originalmente narcísico, e passa então para os objetos que foram incorporados ao Eu ampliado, expressando então os esforços motores do Eu em direção a esses objetos tidos como fontes de prazer. Ele se conecta intimamente à atividade das pulsões sexuais posteriores e coincide, quando se cumpre sua síntese, com a totalidade da aspiração sexual.<sup>74</sup>

---

<sup>73</sup> FREUD, S. (1915). As pulsões e seus destinos. In: \_\_\_\_\_. *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 57.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 61.

O ódio na sua relação com o objeto é anterior ao amor, pois ele surge da tensão do Eu narcísico com o mundo externo. Com esse desprazer no primeiro momento advindo de fora, ele se fixa de forma mais severa às pulsões de conservação do Eu, fazendo com que ocorra uma tensão entre as pulsões sexuais e as pulsões do Eu, gerando, assim, uma oposição entre amor e ódio. “Quando as pulsões do Eu dominam a função sexual, como na fase da organização anal-sádica, elas também emprestam à meta pulsional as características do ódio”<sup>75</sup>.

O amor se apresenta como ambivalente, ou seja, pode possuir esse mesmo sentimento ou um tenro ódio pelo mesmo objeto, e essa mistura de sentimentos pode ser explicada pelo fato de algumas fases iniciais não superadas da relação com o amar, e também é representado pelas reações de repúdio entre os interesses do Eu e do amor. Desse modo, pode-se dizer que em suas duas vertentes essa mistura remete a pulsões de conservação do Eu. Quando ocorre uma quebra da relação de amor com o objeto, o que substitui esse sentimento geralmente é o ódio, o que nos faz pensar que ocorre uma transformação de um para outro. Porém, Freud diz que:

Mas, superando essa descrição, chegamos à concepção de que o ódio com motivações reais é fortalecido pela regressão do amor à fase preliminar sádica, de modo que o odiar adquire um caráter erótico, o que garante a continuidade de uma relação amorosa.<sup>76</sup>

Outro antagonismo do amar é equivalente aos efeitos dos diferentes polos da atividade e da passividade.

Podemos destacar, de modo resumido, que os destinos da pulsão consistem essencialmente no fato de que as moções pulsionais estão submetidas às influências das três grandes polaridades que dominam a vida anímica. Dessas três polaridades poderíamos designar a da atividade - passividade como a biológica, a do Eu - mundo externo como real e, finalmente, a do prazer - desprazer como a econômica.<sup>77</sup>

Todo esse percurso traçado acima tem como objetivo dar embasamento teórico para que se possa entender o quadro da melancolia no texto mais importante desse

---

<sup>75</sup> Ibid.

<sup>76</sup> FREUD, S. (1915). As pulsões e seus destinos. In: \_\_\_\_\_. *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 63.

<sup>77</sup> Ibid., p. 61.

trabalho no que concerne à Psicanálise, que é o *Luto e Melancolia*. Toda a construção dos conceitos oriundos da sexualidade, com o autoerotismo, para a formação de uma unidade, que seria o narcisismo, passando pelas pulsões e seus destinos, são importantíssimos para que seja possível entender o que ocorre para que um sujeito entre em um estado melancólico. Antes de entrar no texto chave, é necessário explicar a teoria da formação do inconsciente.

#### 4.6 O inconsciente

A evolução da teoria e da clínica psicanalítica foi construída com base na formação do inconsciente, nas suas relações com o indivíduo e nas psicopatologias, inclusive a melancolia. Mas o que é o inconsciente? Como sua teoria foi elaborada por Freud? É um assunto amplo e complexo, portanto, aqui serão apresentados os principais pontos dessa teoria que revolucionou a clínica e o significado da melancolia em todos os âmbitos.

Com a psicanálise, foi possível perceber que os processos de repressão visavam impedir que a ideia que representava a pulsão se tornasse consciente. Desta forma, chegou-se à conclusão de que a pulsão fica armazenada em outro nível: no inconsciente. Apesar de estar inserida em outro sistema, foi plausível entender, que mesmo nesse estágio, ela poderia causar efeitos, inclusive em processos que atingiam o nível consciente. Porém, o reprimido não representava a totalidade do inconsciente, e sim uma parte dele. De que maneira se pode chegar ao conhecimento do inconsciente? Como ele pode ser observado? O trabalho psicanalítico tem como objetivo decifrar esse enigma e reside justamente nessa questão. Requer que o analisando consiga superar algumas resistências, ou seja, as mesmas que em outro momento eram do nível do consciente e foram rejeitadas, sendo assim, transformadas de um dado material para um dado reprimido.

Para Freud é precisamente a perturbação que a dúvida provoca na análise que desmascara como “um produto e um instrumento da resistência psíquica”. É nesse lugar da resistência da qual a dúvida é o índice que se manifesta o sujeito: ou seja, no campo do inconsciente como pensamento ausente.<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> QUINET, A. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. p. 12.

Alguns processos psíquicos não podem ser explicados conscientemente, pois estes apresentam falhas, como: distorções da linguagem, como atos falhos, sonhos e outras representações do inconsciente. No próprio cotidiano, nos deparamos com pensamentos cuja origem não sabemos. Seria muito difícil dizer que tudo que vivenciamos está somente na ordem do consciente. “Então será preciso adotar o ponto de vista de que é uma pretensão insustentável exigir que tudo o que sucede na psique teria de se tornar conhecido também para a consciência”<sup>79</sup>.

Outro ponto a favor da existência do inconsciente (Ics) é a de que o consciente (Cs) não é utilizado na sua plenitude, ou seja, somente um conteúdo mínimo é aproveitado, o restante parece permanecer em um estado de latência que perdura muito tempo. Se o Ics é o reservatório dessa latência, caso ele não existisse, não seria possível armazenar memórias que, ao longo do tempo, seriam despertadas por resignificações. Essas lembranças latentes nada mais são do que o resto de um processo psíquico.

No que diz respeito às características físicas, os estados psíquicos Ics são inatingíveis, nenhuma noção fisiológica, nenhum processo químico pode provar a existência. Contudo, não se pode ignorar o fato de que esses estados estão conectados de forma estruturante com a Cs, tanto que, dependendo do desenvolvimento da análise, esse material Ics pode vir à tona e retornar ao nível Cs, não em sua totalidade, mas em alguns pontos, outros ainda se manterão Ics. Uma grande barreira era o fato de que esses estados anímicos latentes não foram estudados por nenhuma outra grande área fora da psicanálise. Em um determinado tempo da história, a hipnose, especificamente a sugestão hipnótica, foi utilizada para demonstrar de forma tangível as manifestações do Ics.

Cada pessoa, na formação do seu Eu, atribui, a outro, a própria experiência no que concerne à constituição e formação da consciência. A análise aponta que cada um dos processos anímicos latentes possui uma independência muito significativa, é como se eles não tivessem absolutamente nenhuma relação com os demais processos. Por meio do trabalho analítico, é possível perceber que esses processos anímicos possuem certas peculiaridades que são aparentemente estranhas e que contrariam diretamente os atributos da coerência que nos são conhecidos.

---

<sup>79</sup>FREUD, S. (1915). O inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 102.

Na psicanálise só nos resta declarar os processos anímicos em si como inconscientes e comparar com sua percepção pela consciência à percepção do mundo externo pelos órgãos dos sentidos [...]. A suposição psicanalítica da atividade anímica inconsciente nos parece, por um lado, um desenvolvimento ulterior do animismo primitivo, que em tudo nos fazia ver imagens fiéis da nossa consciência, e por outro lado o prosseguimento da retificação, empreendida por Kant, de nosso modo de conceber a percepção externa.<sup>80</sup>

Segundo a psicanálise, um ato psíquico possui duas fases no que concerne a seu estado, entre as quais se impõe uma censura. Em um primeiro momento é inconsciente e rechaçado pela censura, não conseguirá passar para a próxima etapa, se tornando, assim, reprimido, permanecendo inconsciente. Ao contrário, se passar pelo teste, entra na segunda etapa do sistema: o Cs. O pré-consciente (Pcs) possui propriedades semelhantes às do Cs, e a censura mais rigorosa atua na passagem de uma instância para a outra. Ao admitir esses sistemas psíquicos, a psicanálise se distanciou mais um pouco da psicologia descritiva da consciência. Por isso, foi dado à psicanálise o nome de “psicologia das profundezas”.

Há uma barreira entre o inconsciente e o consciente. Freud formula, portanto, logo de início, a subjetividade humana em conflito, estirada em dois topos, designando a divisão do sujeito entre o que ele quer inconscientemente e o que ele conscientemente não quer ou ignora que quer. Encontramos aqui a própria definição de sujeito por Lacan como sujeito dividido: o primeiro nome dessa divisão em Freud é a divisão entre o inconsciente e o consciente (ou pré-consciente).<sup>81</sup>

A topologia psíquica não é armazenada em células nervosas do cérebro, nem em zonas subcorticais, pois não tem relação com a anatomia em si. Refere-se a regiões do aparelho psíquico. A ideia de que a fase Cs representa um novo registro daquilo que já estava inscrito em outro lugar não é a mais apropriada. O mais correto seria dizer que a ideia existe de forma simultânea nos dois sistemas, e mesmo que não haja a interrupção da censura, é possível percorrer entre uma instância e outra, sem que se perca o registro inicial.

---

<sup>80</sup> FREUD, S. (1915). O inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v. 12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 107.

<sup>81</sup> QUINET, A. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. p. 23.

Assim pareceria demonstrado, para a consideração superficial, que idéias conscientes e inconscientes são registros diferentes, topograficamente separados, do mesmo conteúdo. Mas uma reflexão posterior mostra que é apenas aparente a identidade entre a comunicação e a lembrança reprimida do paciente. Ter ouvido e ter vivido são coisas bem diversas em sua natureza psicológica, mesmo quando tem o mesmo conteúdo.<sup>82</sup>

A oposição de Cs e Ics não se aplica às pulsões, estas não podem se tornar um objeto no nível Cs, apenas a ideia que os designa, mas também, no Ics elas só poderiam ser representadas pela ideia. Se a pulsão não se fixar a uma ideia, ou a um estado afetivo, o Ics não poderia ser de maneira alguma decifrado.

Esse impulso emocional, devido à repressão sofrida, é obrigado a se unir com outra ideia, passando a ser tomado como manifestação da consciência. Portanto, o afeto original era do nível Ics, apenas a ideia que foi barrada pela repressão. O sistema Cs geralmente comanda tanto a afetividade como o acesso à motilidade, valorizando a repressão, fazendo com que alguma ideia permaneça distante da consciência impedindo também o desabrochar do afeto e o desencadeamento da atividade muscular. É possível afirmar que quando o sistema Cs está no comando, controlando a motilidade e a afetividade, o estado psíquico do indivíduo é considerado normal.

Enquanto o domínio do Cs sobre a motilidade voluntária é firmemente estabelecido, resiste regularmente ao assalto da neurose e apenas na psicose desmorona, o controle do desenvolvimento dos afetos pelo Cs é menos firme. Mesmo no interior da vida normal percebe-se uma constante luta entre os sistemas Cs e Ics pela primazia sobre a afetividade, certas esferas de influência delimitam umas às outras e ocorrem misturas entre as forças operantes.<sup>83</sup>

A repressão é um processo que está entre o sistema Cs e o Ics, agindo como um agente que visa retirar investimento. A questão é de qual sistema é retirado e de qual sistema pertence o investimento que foi retirado. A ideia reprimida permanece no Ics, o que foi retirado foi outra coisa. A ideia permanece sem investimento, desta forma, ou recebe investimento do Ics, ou mantém o investimento Ics previamente existente. Esse processo de retirada da libido não é suficiente para se fazer mais entendível, outra característica da repressão.

---

<sup>82</sup> FREUD, S. (1915). O inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v. 12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 113.

<sup>83</sup>Ibid., p. 117.

Não está claro que porque a ideia que permaneceu investida ou foi dotada de investimento a partir do Ics não deveria renovar a tentativa de, por força desse investimento, penetrar no sistema Pcs. Então a retirada de libido teria que se repetir nela, e o mesmo jogo prosseguiria indefinidamente, mas o resultado não seria a repressão. Do mesmo modo, o referido mecanismo de retirada de investimento pré-consciente falharia, em se tratando de descrever a repressão primordial; neste caso se depara com uma idéia inconsciente, que ainda não recebeu investimento do Pcs, e à qual ele não pode ser retirado, portanto.<sup>84</sup>

Desta forma, se faz necessário um contrainvestimento, um processo com o objetivo de sustentar a repressão e ser responsável pela sua produção e continuidade. “É ele que representa o gasto permanente de uma repressão primordial, mas que também garante a permanência dela”<sup>85</sup>.

Surgiu um novo ponto de vista no que diz respeito aos fenômenos psíquicos, além do dinâmico e do topológico, a saber: o econômico. Este visava controlar os destinos e as quantidades de excitação. Com relação à pesquisa psicanalítica, surgiu o termo metapsicologia, para que se pudesse descrever um processo psíquico e suas ligações dinâmicas, topológicas e econômicas. Freud associou esses sistemas à explicação de algumas neuroses de transferência como: a histeria de angústia, a fobia e a histeria de conversão.

Existem algumas características especiais que podem ser atribuídas ao inconsciente, como será possível ver a seguir.

O âmago do Ics consiste de representantes instintuais que querem descarregar seu investimento, de pulsos de desejo, portanto. Esses impulsos instintuais são coordenados entre si, coexistem sem influência mútua, não contradizem uns aos outros. Quando dois impulsos de desejo são ativados ao mesmo tempo, e suas metas nos parecem claramente incompatíveis, os dois concorrem para a formação de um objetivo intermediário, um compromisso.<sup>86</sup>

No sistema Ics não há negação, não há dúvidas nem certezas. A negação poderia ser considerada um substituto mais elevado da repressão. Pelo processo de “deslocamento”, uma ideia pode dar lugar à outra no que tange a todo seu montante de

---

<sup>84</sup> Ibid., p. 119.

<sup>85</sup> Ibid., p.120

<sup>86</sup> FREUD, S. (1915). O inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v. 12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 126.

investimento. Já o processo de “condensação” pode receber todo o investimento de várias outras.

Outra característica muito importante do Ics é que os processos não são ordenados de forma temporal, portanto, não são modificados com passar do tempo, é atemporal. Os mesmos processos também não consideram a realidade, estão sujeitos ao princípio do prazer, fazendo com que seus destinos estejam atrelados somente ao grau de intensidade, que são cumpridas ou não as exigências da regulação prazer-desprazer.

Freud propõe dois funcionamentos da subjetividade (que ele chama de aparelho psíquico): o processo primário baseado no princípio do prazer, que visa somente à satisfação; e o processo secundário, dominado pelo consciente, que visa o recalçamento dos desejos que pulsam no processo primário.<sup>87</sup>

O pai da psicanálise discordava que o Ics permaneceria em repouso enquanto o sistema pré-consciente (Pcs) realizaria todo o trabalho psíquico, como também o fato de a comunicação entre os sistemas se restringiria somente ao mecanismo da repressão. “O Ics é, sim, algo vivo e capaz de desenvolvimento, e mantém bom número de outras relações com o Pcs, entre elas também a cooperação”<sup>88</sup>.

Até agora foi possível mostrar um pouco da formação do inconsciente na obra freudiana, e a identificação desse sistema enigmático pode ser dado pela tentativa de analisar as psiconeuroses narcísicas, o que será de extrema importância para o estudo da melancolia, em um momento posterior.

Freud buscou explicar a *dementia praecox*, de Kraepelin, que foi chamada por Bleuler de esquizofrenia. Faz isso pela via do comportamento diante da relação entre o Eu e o objeto. Nas neuroses de transferência, por mais que ocorresse uma frustração relativa a um objeto, e que a neurose implicasse em uma renúncia real deste objeto, o investimento libidinal permanecia intacto, à procura de outros objetos de satisfação. O investimento objetal no sistema Ics continuava a existir mesmo com o impacto da repressão. Na esquizofrenia, depois do processo de repressão, a libido retirada não

---

<sup>87</sup> QUINET, A. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008, p.23.

<sup>88</sup>FREUD, S. (1915). O inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.131.

buscava um novo objeto, simplesmente recuava para o Eu, ou seja, os investimentos em objetos eram abandonados em um estado primitivo do narcisismo, onde não havia objetos.

A incapacidade desses pacientes para a transferência – até onde alcança o processo patológico -, a conseqüente inacessibilidade para a terapia, a característica rejeição do mundo externo, o surgimento de sinais de um sobreinvestimento do próprio Eu, o desfecho na completa apatia, todos esses traços clínicos parecem condizer perfeitamente com a hipótese de um abandono dos investimentos objetivos.<sup>89</sup>

Quanto à relação entre os sistemas Cs e Ics, foi possível entender que na esquizofrenia eram manifestados conscientemente muitos conteúdos que nas neuroses de transferência só poderiam ser demonstrados no nível do Ics via análise. Na psicose, o inconsciente fica a céu aberto. As defesas e repressões falham ou não existem, portanto, o Ics domina o nível Cs. O funcionamento do aparelho psíquico e a relação com os objetos será de fundamental importância para entender a melancolia, o que será visto a seguir.

#### 4.7 Sobre Luto e Melancolia

A contribuição psicanalítica para a compreensão da doença mental representou uma quebra de paradigma. A análise freudiana introduziu uma nova forma de pensar o sofrimento psíquico. Alguns acreditam que Freud tenha apresentado algum tipo de teoria sobre a melancolia, outros acham que não. Porém, o fato de não ter elaborado nenhum caso clínico de relevância sobre esse tema levanta algumas dúvidas sobre essa questão<sup>90</sup>.

Ao inaugurar um paradigma radicalmente diferente do modelo da psiquiatria, a visada freudiana colocará em relevo o que passou a ser chamado, com Lacan, de a singularidade do sujeito, do sujeito do inconsciente, e não mais a pura descrição dos fenômenos, tal como se viu antes. Freud investigará as causas dos sintomas levando em conta o inconsciente. Ao diferenciar a forma de resposta dada pelo sujeito no luto e na melancolia, ele implicará, aí, o sujeito.<sup>91</sup>

A psiquiatria clássica, em Cotard e Séglas, apontava o mecanismo da autoacusação. Freud também se referiu a este mecanismo para diferenciar luto de

---

<sup>89</sup> Ibid., p.140

<sup>90</sup> PERES, U.T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

<sup>91</sup> FERREIRA, M.F. *A dor moral da melancolia*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014, p.105.

melancolia. Disse que o empobrecimento do Eu gerava uma condição de inibição no melancólico, assim como na dor moral, tratada por alguns importantes psiquiatras. Não usou nenhuma outra referência de destaque dos períodos anteriores para a sua constituição.

Freud se utilizou dos textos da metapsicologia para desenvolver o conceito de melancolia. “Digamos que ele compõe a melancolia a partir desse tripé: luto, narcisismo e teoria pulsional”<sup>92</sup>. Neste trabalho, foi adicionada a teoria da sexualidade ao introduzir o conceito de autoerotismo, anterior ao narcisismo, e os direcionamentos iniciais da libido, nas zonas erógenas, além de tratar das fases do desenvolvimento e fixação da libido. A obra *Luto e melancolia* não tinha como foco principal universalizar uma teoria, mas utilizar pontos mais específicos de um estágio ainda inicial em que se encontravam os argumentos sobre o assunto.

Depois que o sonho nos serviu como modelo normal dos distúrbios psíquicos narcísicos, façamos a tentativa de elucidar a natureza da melancolia, comparando-a com o afeto normal do luto [...]. A melancolia, cuja definição varia mesmo na psiquiatria descritiva, apresenta-se em variadas formas clínicas, cujo agrupamento numa só unidade não parece estabelecido e das quais algumas lembram antes afecções somáticas do que psicogênica.<sup>93</sup>

Por quais motivos as formas clínicas da melancolia não tinham sido agrupadas em um único conceito? Uma das causas residia no fato de que a psiquiatria não possuía embasamento necessário para a compreensão da doença. Além disso, a própria psicanálise ainda não havia avançado de forma estruturada para o entendimento do fenômeno. Freud justificou a analogia entre luto e melancolia sobre três espectros: pelo quadro geral; por terem as mesmas causas de excitação, oriundas do meio externo e pela reação à perda de um ente querido ou algo que tenha um significado semelhante. O luto não apresenta uma disposição patológica, já a melancolia sim<sup>94</sup>.

Freud e Bleuler concordavam que de um lado era muito difícil, senão impossível, dar à melancolia limites nosográficos precisos. De outra parte, colocaram em evidência o

---

<sup>92</sup> QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. - 2 ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009, p.204.

<sup>93</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.171.

<sup>94</sup>BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

caráter dissociativo ou paradoxal dessa doença. Do ponto de vista econômico, as condições somato-psíquicas, no curso da doença em Freud, e seus antecessores, fez-se muito importante. Bleuler acreditava que a análise sobre a melancolia poderia ser feita de duas maneiras: pelo registro semiológico e pelo registro explicativo<sup>95</sup>.

Freud claramente tinha como objetivo principal separar o luto da melancolia. “Via de regra, luto é a reação à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que ocupa seu lugar, como pátria, liberdade, um ideal etc.”<sup>96</sup>. O luto não pode ser considerado uma patologia, seria um momento de passagem natural da vida do ser humano, logo, nenhum tipo de tratamento deveria ocorrer mesmo que durante um tempo a pessoa se colocasse em um estado de afastamento da vida cotidiana.

A melancolia se caracteriza, em termos psíquicos, por um abatimento doloroso, uma cessação do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de toda a atividade e diminuição da autoestima que se expressa em recriminações e ofensas à própria pessoa e pode chegar a uma delirante expectativa de punição.<sup>97</sup>

É possível associar muitas dessas características da melancolia ao luto, menos uma, que é a mais importante, que é justamente essa redução da autoestima, que no luto não é alterada, permanecendo intacta. Contudo, não parece ser sempre dessa forma. Algumas pessoas quando perdem um ente querido, dependendo da relação que se estabeleceu, podem sim, sentir um rebaixamento da autoestima quando se sentem culpadas pela morte, ou pela impressão de que não fizeram o suficiente por aquela pessoa quando ainda estava em vida.

O processo de luto nada mais é do que a tentativa de se desligar libidinalmente da pessoa que se foi. Esse processo leva um tempo, até que essa energia possa ser deslocada para outros objetos, nas palavras de Freud:

O exame da realidade mostrou que o objeto amado não mais existe, e então exige que toda a libido seja retirada de suas conexões com esse objeto. Isso desperta uma compreensível oposição – observa-se geralmente que o ser humano não gosta de abandonar uma posição

---

<sup>95</sup> LAMBOTTE, M.C. *Le discours mélancolique: De la phénoménologie à la métapsychologie*. Paris: Anthropos- Economica, 1993.

<sup>96</sup> FREUD, S. (1917[1915]). loc. cit.p.171

<sup>97</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.172.

libidinal mesmo quando um substituto já se anuncia. Essa oposição pode ser tão intensa que se produz um afastamento da realidade e um apego ao objeto mediante uma psicose de desejo alucinatório. O normal é que vença o respeito à realidade.<sup>98</sup>

Desta forma, é possível afirmar que no luto não existe nenhum tipo de dano psíquico para o Eu, o mundo se torna vazio e pobre durante um período. Quando o trabalho de luto se conclui, o Eu fica outra vez livre e desinibido para fazer novos investimentos.

“No caso do enlutado, o trabalho de luto fará com que o sujeito retire o investimento libidinal do objeto perdido e reinvesta em um outro objeto, ou seja, erija um outro ideal do eu, seja um ideal abstrato, seja um objeto de amor”<sup>99</sup>.

O luto pode ser explicitado por qualquer pessoa, pois é facilmente compreensível. Indica um sofrimento oriundo de uma perda de um ente querido, a pessoa sabe o que foi perdido. “Explicar é oferecer a relação de causa e efeito; o inexplicável é aquilo do que não se conhece ou de que não se tem a relação causal; assim, o normal é explicável, enquanto o patológico é o que parece inexplicável”<sup>100</sup>. Como observa Laplanche e Pontalis, o trabalho de luto é: “um processo interior que implica uma atividade do indivíduo [...]. A noção de trabalho do luto deve ser aproximada da noção mais geral da elaboração psíquica, concebida com uma necessidade para o aparelho psíquico de ligar as impressões traumatizantes”<sup>101</sup>.

Por sentir a falta desse objeto perdido, a pessoa enlutada percebe que não é possível que esse mesmo objeto amado e desejado possa ser substituído por outro. Então, a libido se orienta para esse objeto ausente. O narcisismo é afetado, ocorrendo um desgaste significativo. Então, é preciso fazer um trabalho de desinvestimento do Eu em face à posição libidinal, e dependendo do desvio que isso possa causar na realidade, uma psicose alucinatória pode ser instaurada. Libertar-se do objeto perdido significa, de alguma maneira, mantê-lo presente, ou seja, conseguir conviver com suas lembranças e suportar essa realidade, isso explica o caráter enigmático do luto. O luto pode ser encarado

---

<sup>98</sup> Ibid., p.173.

<sup>99</sup> QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. - 2 ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009, p.206.

<sup>100</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008, p.84.

<sup>101</sup> LAPLANCHE & PONTALIS (1970) apud Ibid., p.87

como a percepção e a consciência de uma ausência<sup>102</sup>. Ele se caracteriza por uma ação de reordenação das representações que remetem ao pensar sobre o ente querido, que foi perdido, assim como situações que foram vividas, posturas, humores e diversos contextos diferentes<sup>103</sup>.

Freud entende que a melancolia também pode ser associada a uma perda de um objeto amado, porém, essa perda é mais de natureza ideal e não material. O objeto não morreu, foi simplesmente perdido como objeto de amor. Não é possível saber o que foi perdido verdadeiramente, o doente sabe quem perdeu, mas não sabe o que perdeu nesse objeto. É de uma natureza mais inconsciente, uma perda objetal retirada da consciência diferentemente do luto que não tem absolutamente nada de inconsciente. “Ambos são reação a uma perda objetal, mas na melancolia a perda é inconsciente e, via de regra, o melancólico não sabe o que perdeu”<sup>104</sup>.

Então, no luto, sabe-se o que foi perdido, já a melancolia é mais enigmática, pois a perda se dá na esfera do inconsciente. Para descobrir o que verdadeiramente se perdeu é necessário buscar indícios ou sinais que possibilitem atingir esse algo invisível, o que pode ocorrer por meio da análise.

O fator determinante que foi descrito anteriormente que separa o luto da melancolia é a diminuição da autoestima, que gera um empobrecimento do Eu. “A melancolia significa que, após uma perda, a autoimagem do sujeito é profundamente alterada”<sup>105</sup>. Desta forma, surge a inibição melancólica, que possui um caráter enigmático, pois não é possível medir o quanto ela absorve esse doente. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio, já na melancolia é o próprio Eu.

O doente nos descreve seu Eu como indigno, incapaz e desprezível; recrimina e insulta a si mesmo, espera rejeição e castigo. Degrada-se diante dos outros; tem pena de seus familiares, por serem ligados a alguém tão indigno. Não julga que lhe sucedeu uma mudança, e estende sua autocrítica ao passado; afirma que jamais foi melhor. O quadro desse delírio de pequenez – predominantemente moral – é completado

---

<sup>102</sup> BERLINCK, L. C., loc. cit.

<sup>103</sup> LEADER, D. *Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia*. Tradução: Fátima Santos. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

<sup>104</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008, p.90.

<sup>105</sup> LEADER, D. *Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia*. Tradução: Fátima Santos. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011, p.42.

com insônia, recusa a alimentação e uma psicologicamente notável superação do instinto que faz todo vivente se apegar à vida<sup>106</sup>.

O empobrecimento do Eu acarreta uma perda de confiança muito severa, o que faz o melancólico deixar de fazer atividades, das mais simples às mais complexas. Tudo se torna muito pesado, difícil, parece que qualquer movimento se torna insuportável. Hassoun detalha a inércia, o medo de agir e o meio externo como perturbador:

O mundo do melancólico é aquele da sufocação asmática, do canto estrangulado, da música inoportuna, do olhar aberto sobre uma alucinação de ausência, da anorexia, da retenção, da morte branca. A imagem que melhor conviria a seu propósito seria a de uma fortaleza murada e repleta de pedras, a montar guarda diante de um deserto pavoroso em que nunca aconteceria nada, onde nenhum acontecimento poderia ou deveria se passar, sob a pena de provocar desordem capaz de revelar a natureza holográfica do castelo à primeira vista inexpugnável. Toda solicitação exterior danifica, destrói, reduz à sua forma última – numa atmosfera de extravio e espanto – o melancólico atormentado por uma saturação que a ausência constituiu nele.<sup>107</sup>

Freud aponta outras características muito importantes no comportamento dos melancólicos. São exagerados na presença de outros, apesar de não demonstrarem de forma muito clara, tentam disfarçar, o que lhes consome muita energia psíquica; em contrapartida, em alguns casos e durante um determinado período, demonstram uma comunicabilidade contínua que visa na verdade o desnudamento de si mesmo.

E estão longe de mostrar, para com aqueles a seu redor, a humildade e a sujeição que convém às pessoas tão indignas; pelo contrário, são extremamente importunos, agindo como que ofendidos, como se lhes tivesse sido feita uma grande injustiça. Isso tudo é possível apenas porque as reações exibidas nesse seu comportamento ainda vêm da constelação psíquica da revolta, que, por um determinado processo, foi transportada para a compulsão melancólica.<sup>108</sup>

No quadro melancólico, essas acusações a si mesmo geralmente não cabem à pessoa, na verdade, é uma acusação com pequenas alterações à outra pessoa que o doente ama, amou ou deveria amar. Então, se pode dizer que essas recriminações feitas a um terceiro se voltam contra o próprio Eu. “O melancólico despe-se ao extremo em seu

---

<sup>106</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.176.

<sup>107</sup> HASSOUN, J. *A crueldade melancólica*. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p.117.

<sup>108</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.180.

discurso, referindo-se a si mesmo com a violência de quem odeia, rejeita ou deseja vingança”<sup>109</sup>.

O melancólico parece não poder ter uma lembrança boa, somente a memória da tristeza que carrega, todos os pedaços erráticos se unem em torno desse prejuízo que desembocam em um sentimento de autopunição que coloca esse doente em um estado de morto-vivo<sup>110</sup>. “A queixa contra si seria, portanto, uma queixa contra um outro e a auto-condenação à morte, um disfarce trágico do massacre de um outro”<sup>111</sup>.

Por isso, foi importante discorrer anteriormente sobre o narcisismo e o direcionamento das pulsões, pois o circuito melancólico pode ser explicado dessa forma. O investimento da libido no objeto amado sofreu um abalo, a relação com esse objeto ficou perturbada por algum motivo, e essa energia deveria ser deslocada para outro objeto, porém, ocorreu uma falha nesse processo que gerou um recuo da libido, não para um novo objeto, e sim para o Eu, que seria um retorno para o narcisismo. “No melancólico, os investimentos de objeto não resistem, o que acarreta uma fixação no regime narcísico, uma vez fracassada a passagem para o regime objetal”<sup>112</sup>. Desse modo, foi gerada uma identificação do Eu com o objeto abandonado. Então, Freud diz que a sombra do objeto caiu sobre o Eu. “Desse modo a perda do objeto se transformou na perda do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada, numa cisão entre a crítica do Eu e o Eu modificado pela identificação”<sup>113</sup>.

Outra possibilidade é a de que a escolha objetal possa ter sido feita em uma base narcísica, de tal forma que quando ocorra um abalo nessa relação, a tendência é a de um recuo ao narcisismo. “A identificação narcísica com o objeto se torna, então, substituto do investimento amoroso, do que resulta que a relação amorosa não precisa ser abandonada, apesar do conflito com a pessoa amada”<sup>114</sup>.

---

<sup>109</sup> PINHEIRO, M.T.S.; QUINTELLA, R.R.; VERZTMAN, J.S. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010, p.49.

<sup>110</sup> HASSOUN, J. *A crueldade melancólica*. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

<sup>111</sup> KRISTEVA, J. *Sol negro: depressão e melancolia*. Tradução: Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Rocco, 1989, p.17.

<sup>112</sup> DELOUYA, D. *Depressão*. 7 ed. – São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017, p.36.

<sup>113</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.181.

<sup>114</sup> *Ibid.*, p.176.

O par amor-ódio desempenha aqui importante papel. Se o objeto frustra, há um retorno da libido em direção ao eu, que se manifesta no “ensimesmamento”, na pouca comunicabilidade do sujeito. Há um retorno a identificação narcísica originária. Assim, decorrente dessa dificuldade de relação com o outro, no investimento libidinal do objeto, temo, por um lado, uma regressão ao narcisismo e, por outro, uma volta à etapa do sadismo.<sup>115</sup>

A ambivalência também é uma característica muito marcante no que diz respeito à melancolia. A relação de amor e ódio, juntamente com a baixa autoestima, é de fundamental importância para o diagnóstico dessa psicopatologia. O amor e o ódio se apresentam de forma distinta em relação ao narcisismo. O amor nasce de uma capacidade de satisfação autoerótica do Eu, depois direcionando para os objetos, que foram incorporados e ao mesmo tempo destruídos, o que torna muito difícil distinguir nesse nível primitivo o amor do ódio. Já o ódio nada mais é do que um repúdio do Eu narcisista frente às fontes externas que foram sentidas como desprazer. Deste modo, “O que ocorre na melancolia é que o conflito da ambivalência, que se dá na relação do ego com o objeto, acontecerá, em decorrência da regressão narcisista, no Eu identificado com o objeto”<sup>116</sup>.

Com relação à ambivalência, Abraham ainda aponta que:

Desta maneira, o nível libidinal ao qual o melancólico regride após a perda de seu objeto contém em si próprio um conflito de sentimentos ambivalentes em sua forma mais primitiva e, assim, mais imodificada. Nesse nível, o indivíduo ameaça destruir seu objeto libidinal devorando-o. É apenas gradualmente que o conflito da ambivalência assume um aspecto mais suave e que a libido, conseqüentemente, adota uma atitude menos violenta para com seu objeto. Não obstante, esta atitude ambivalente permanece inerente às tendências da libido durante as fases subseqüentes de seu desenvolvimento.<sup>117</sup>

A melancolia poderia também ser explicada como um retorno do investimento objetal à fase oral da libido, ainda pertencente ao narcisismo. Identificações com objetos também são comuns nas neuroses de transferência, e são responsáveis por diversos sintomas, especialmente na histeria.

<sup>115</sup> PERES, U.T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.36.

<sup>116</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008, p.117.

<sup>117</sup> ABRAHAM, K (1924). Breve Estudo do Desenvolvimento da Libido, visto à luz das perturbações mentais. In: \_\_\_\_\_. *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Tradução: Christiano Monteiro Oiticica. - 6. ed.- Rio de Janeiro: Imago, 1970, p.112.

Em relação à fase oral, no que diz respeito à melancolia, remete à questão da incorporação do objeto e sua conseqüente destruição. “A depreciação excessiva da própria pessoa, ausente no processo normal de luto, deve-se a uma perturbação ocorrida nas primeiras identificações do sujeito, ainda na fase oral de seu desenvolvimento<sup>118</sup>”.

Nos estados melancólicos de depressão, a libido parece regredir ao mais primitivo estágio de desenvolvimento que nos é conhecido, ou seja, em seu inconsciente, a pessoa melancolicamente deprimida dirige a seu objeto sexual o desejo de incorporá-lo. Nas profundezas de seu inconsciente, há uma tendência a devorar e destruir esse objeto.<sup>119</sup>

Desta forma, Freud segue sua teoria, embasado no fato de que a melancolia segue algumas das vertentes do luto, e outra parte dessa regressão, da escolha do objeto narcísico para o narcisismo. A regressão da libido para o narcisismo será estudada mais adiante por Freud e irá caracterizar durante um período da história uma questão paranóica.

As ocasiões para a melancolia geralmente não se limitam ao caso muito claro de perda em virtude da morte, e abrangem todas as situações de ofensa, menosprezo e decepção, em que uma oposição de amor e ódio pode ser introduzida na relação, ou uma ambivalência existente pode ser reforçada. Entre as precondições da melancolia não devemos negligenciar esse conflito da ambivalência, que se origina na realidade, ora na constituição do indivíduo. Se o amor ao objeto – a que não se pode renunciar, quando tem de renunciar ao objeto mesmo – refugia-se na identificação narcísica, o ódio atua em relação a esse objeto substitutivo, insultando-o, rebaixando-o, fazendo-o sofrer e obtendo uma satisfação sádica desse sofrimento.<sup>120</sup>

O que diferencia a melancolia do luto, essencialmente entre outros fatores, é a questão da autorecriminação, de um sentimento de desvalorização de si mesmo. Sendo assim, indaga-se: existe algum propósito desse rebaixamento de si? Seria uma defesa? Apenas um sintoma?

---

<sup>118</sup> LAGES, S. K. *Walter Benjamin: Tradução e Melancolia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002, p.60.

<sup>119</sup> ABRAHAM, K. (1916). O Primeiro Estágio Pré-Genital da Libido. In: \_\_\_\_\_. *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Tradução: Christiano Monteiro Oiticica. - 6. ed.- Rio de Janeiro: Imago, 1970, p.77.

<sup>120</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.183.

Quinet aponta a existência de alguns problemas no retorno da libido para o narcisismo e o empobrecimento do Eu na melancolia. O melancólico tem a autoestima diminuída, fazendo com que este dispare diversos improperios contra si mesmo, se humilha, se diminui. Não seria um comportamento contrário à de uma regressão narcísica? Geralmente nos estados narcísicos ocorre uma elevação do Eu, mesmo em casos psicóticos onde prevalece a megalomania. Por que a redução da autoestima é tão característica na melancolia? Como esse estado narcísico poderia resultar em um ato de suicídio para o melancólico? Freud vai explicar que isso está voltado para o sadismo.

Freud, no texto em questão, nos dá algumas ideias sobre esse ponto. Afirma que o automartírio, como algo prazeroso para o melancólico, se caracteriza como tendências sádicas e de ódio relativas ao objeto perdido, e que por esse caminho voltaram contra a própria pessoa. É através desse mecanismo de autopunição que o melancólico é capaz de se vingar dos objetos originais, torturando, assim, aqueles a quem ama por intermédio da doença e não demonstrando de forma clara sua hostilidade para com o objeto. A pessoa que provocou o desencadeamento da doença e gerou essa distorção do afeto geralmente se encontra próxima, na sua rotina.

Assim, o investimento amoroso do melancólico em seu objeto experimentou um duplo destino: parte dele regrediu à identificação, mas outra parte, sob a influência do conflito da ambivalência, foi remetida de volta ao estágio do sadismo, mais próximo desse conflito.<sup>121</sup>

As acusações contra o outro se voltam para o eu, e esse comportamento é resultado da batalha amorosa que resultou na perda erótica ou na perda do objeto.

O processo de introjeção no melancólico, além disso, baseia-se numa perturbação radical de suas relações libidinais com seu objeto. Repousa num grave conflito de sentimentos ambivalentes, dos quais só pode fugir voltando contra si próprio a hostilidade que originalmente sentia em relação ao seu objeto.<sup>122</sup>

A identificação é considerada a fase anterior a da escolha do objeto. É ambivalente, pois o Eu deseja incorporar esse objeto e por se encontrar na fase oral de

<sup>121</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.184.

<sup>122</sup> ABRAHAM, K. (1924). Breve Estudo do Desenvolvimento da Libido, visto à luz das perturbações mentais. In: \_\_\_\_\_. *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Tradução: Christiano Monteiro Oiticica. - 6. ed.- Rio de Janeiro: Imago, 1970, p.100.

desenvolvimento da libido o faz devorando o mesmo, ingerindo-o. A ambivalência se dá pelo fato de que o objeto é destruído quando passa a ser constituinte do eu.

Até agora todas as minhas observações psicanalíticas me levam a conclusão de que o melancólico está tentando fugir de seus impulsos sádico-orais. Por baixo desses impulsos, cujas manifestações dão colorido ao quadro clínico, espreita o desejo de uma agradável atividade de sugar.<sup>123</sup>

Essa questão sádica pode explicar uma tendência do melancólico ao suicídio, que é o estágio mais preocupante da doença. Na melancolia, o Eu pode se agredir e até mesmo chegar ao suicídio devido ao retorno do investimento objetal; trata a si mesmo como sendo um objeto e, desta forma, volta contra si a hostilidade que era endereçada a outrem, e que remete justamente à reação primeva do Eu com os objetos externos. O que ocorre é que o objeto abandonado demonstra ser mais forte e resistente do que o esperado e do que o próprio Eu, e tanto no amor, como no suicídio, o Eu fica subjugado pelo objeto, embora por vias opostas.

A análise da melancolia nos ensina que o eu não pode se matar a não ser quando ele pode, por retorno de um investimento de objeto, tratar a si mesmo como um objeto, quando ele consegue dirigir contra si mesmo a hostilidade que visa a um objeto e que representa a reação originária do eu contra os objetos do mundo exterior.<sup>124</sup>

Outra explicação importante vem da fase sádico-anal. Nesse momento, o objeto de desejo é considerado como conteúdo do corpo, que seriam suas fezes. Como o impacto da ambivalência ainda se encontra presente de forma bastante significativa nesse período, ocorre, de um lado, uma posição positiva com relação à retenção, e a posição negativa quando se trata da rejeição<sup>125</sup>. “Dessa maneira, quando o neurótico obsessivo é ameaçado de perder seu objeto e quando o melancólico na realidade o perde isso significa, para o psiquismo inconsciente de cada um, a expulsão daquele objeto no sentido de uma expulsão física de fezes”<sup>126</sup>.

---

<sup>123</sup> ABRAHAM, K. (1924). Breve Estudo do Desenvolvimento da Libido, visto à luz das perturbações mentais. In: \_\_\_\_\_. *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Tradução: Christiano Monteiro Oiticica. - 6. ed.- Rio de Janeiro: Imago, 1970, p.111.

<sup>124</sup> QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. - 2 ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009, p.206).

<sup>125</sup> BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

<sup>126</sup> ABRAHAM, K. (1924). Breve Estudo do Desenvolvimento da Libido, visto à luz das perturbações mentais. In: \_\_\_\_\_. *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Tradução: Christiano Monteiro Oiticica. - 6. ed.- Rio de Janeiro: Imago, 1970, p.88.

Na melancolia, o objeto amado é vítima dos impulsos relacionados ao nível inferior do desenvolvimento libidinal sádico-anal. Ou seja, os impulsos de expelir que remete ao ato de evacuar, e os impulsos de destruição que seriam de assassinar. É justamente nesse aspecto do sadismo anal que é possível entender, no melancólico, um medo de se tornar pobre ou de entrar em estado de ruína. Isso pode ser explicado pela regressão ligada à destruição, que corresponde ao medo de perder tudo, pois como ele não descarrega, não é capaz de reter absolutamente nada, gerando assim a pobreza, e pela sensação de que destrói tudo, vem o medo da ruína. Nesse ponto, existe uma semelhança entre a neurose obsessiva e a melancolia.

O texto *Luto e Melancolia* aborda brevemente a mania. Freud apontava o humor maníaco como inserido no plano do afeto, indicando uma alegria e um júbilo aparentemente não motivados e, no que tange à conduta, como uma interrupção da inibição. Nesse momento, Freud estava buscando os mecanismos da mania assim como a sua etiologia, como fez com a melancolia. “O luto servira de analogon da tristeza melancólica, e a festa passa a ser o da euforia maníaca. Assim, o júbilo da transgressão torna-se chave da mania, tal como a dor da perda era a da melancolia”<sup>127</sup>.

A Psiquiatria reconhece a tendência de a melancolia se transformar em mania, que seria nada mais do que o sentimento oposto ao da doença em questão, apesar de que nem todas as pessoas melancólicas apresentam esse distúrbio. “A mania se manifesta pelo sentimento de poder infinito, de louca alegria, de domínio da língua, por uma hipermnésia, enfim; ela é a demonstração assustadora de uma existência dominada pelo ilimitado”<sup>128</sup>.

Podem ocorrer casos sem nenhum episódio maníaco; outros apresentam uma mania pouco representativa; outros uma alternância de ciclos melancólicos e maníacos, o que aponta para uma loucura cíclica. Contudo, Freud acredita que não é possível, mas não é muito viável explicar a mania pela mesma via da melancolia no que diz respeito à Psicanálise.

A mania e a melancolia lutam contra o mesmo complexo, a diferença é que na melancolia o Eu sucumbe ao mesmo, enquanto na mania o Eu vence o complexo ou o

---

<sup>127</sup> SOLER, C. (1937). *O inconsciente a céu aberto na psicose*. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007, p.84.

<sup>128</sup> HASSOUN, J. *A crueldade melancólica*. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p.135.

coloca de lado, mesmo que seja por um curto espaço de tempo. Assim como na melancolia, que se perde alguma coisa, que não se sabe exatamente o que foi, ocupa um nível inconsciente, na mania, ocorre um triunfo de uma situação difícil, porém, a diferença é que se torna oculto para o Eu o motivo da vitória ou sobre o que está se triunfando. Se juntarmos esses elementos, segundo Freud<sup>129</sup>: “Na mania, o Eu tem de haver superado a perda do objeto, e fica então disponível todo o montante de contra investimento que o doloroso sofrimento da melancolia havia atraído do Eu vinculado”.

O luto pode servir de explicação para o triunfo em detrimento ao objeto, o que ocorre é que quando perdemos um ente querido, toda a ligação libidinal tem de ser desfeita pelo fato de o objeto não existir mais. Desta forma, o Eu ciente dessa situação se encontra em uma situação na qual deve de alguma forma romper o vínculo com esse objeto perdido e reinvestir em novos objetos, e em satisfações narcísicas, que desempenham importante papel nesse processo, que pode ser lento e gradual.

Ainda no que diz respeito à diferenciação do luto e da melancolia, no luto, a perda é real, a morte ou a perda de um objeto é da ordem consciente. Já na relação da melancolia, a perda é muito mais complexa devido a seu caráter inconsciente e à ambivalência entre amor e ódio pelo objeto perdido.

Portanto, na melancolia travam-se inúmeras batalhas em torno do objeto, nas quais o ódio e o amor lutam entre si, um para desligar a libido do objeto, o outro, para manter essa posição da libido contra o ataque. Não podemos situar essas lutas em outro sistema que não o Inconsciente, a região dos traços mnemônicos das coisas. Lá também ocorrem as tentativas de desligamento do luto, mas nesse último nada impede que esses processos continuem pela via normal até a consciência através do Pcs. Esse caminho se acha bloqueado para o trabalho da melancolia, talvez devido a muitas causas ou à ação conjunta das causas.<sup>130</sup>

É uma questão de investimento libidinal, para que o objeto não seja exterminado e sim abandonado. Esse direcionamento da libido, estando ameaçado, deixa o objeto e regride para o Eu, ou seja, do ponto de origem. O afeto se refugia no Eu preservando assim o objeto. Esse movimento de retorno acaba gerando um conflito em um nível consciente entre o Eu e a parte crítica do indivíduo. “O complexo da melancolia se comporta como uma ferida aberta, de todos os lados atrai energia de investimento [...] e

---

<sup>129</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.188.

<sup>130</sup> *Ibid.*, p.191

esvazia o Eu até o completo empobrecimento; com facilidade pode se mostrar resistente ao desejo de dormir do Eu”<sup>131</sup>.

O trauma da perda do objeto deixa sua marca em forma de ferida aberta a esvaír sangue sem parar; em outras palavras, em forma de um excesso que o psiquismo não consegue barrar. A luta pelo objeto abre a ferida dolorosa que clama por cuidados; um excessivo dispêndio de energia é colocado em cena na tentativa de manter o objeto e de combater a ferida por ele aberta.<sup>132</sup>

A melancolia poderia desaparecer após todo o sentimento de raiva pelo fato de o objeto haver sido saturado, após este ter sido abandonado, pois já não tinha mais valor. O que acontece, então, é que o Eu se sente mais valorizado em detrimento do objeto, e assim o Eu é capaz de se ver como melhor, se sobrepondo ao objeto de amor perdido. Algumas questões ainda não são muito bem esclarecidas como o fato de que a melancolia pode desaparecer durante um tempo sem deixar vestígios de mudanças significativas, nesse aspecto se assemelha muito com o luto.

Apesar de toda essa elaboração teórica acerca da melancolia, não era possível certificar que essas explicações fossem perdurar ao longo do tempo, e a teoria foi evoluindo. Dos três pilares da melancolia, embasados pela perda de objeto, ambivalência e regressão da libido para o Eu, os dois primeiros também podem ser vistos em algumas recriminações obsessivas após casos de morte. A questão da ambivalência é muito importante nesses quadros obsessivos. A mania justamente está vinculada ao fim do processo de melancolia onde a libido novamente livre está pronta para investir em novos objetos, está ligada a um retorno desse investimento para a fase do narcisismo. Nas palavras do pai da psicanálise: “O conflito no Eu, que a melancolia troca pela luta pelo objeto, deve atuar como uma dolorosa ferida que pede um contra investimento extraordinariamente elevado”<sup>133</sup>.

---

<sup>131</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.186.

<sup>132</sup> SANTA CLARA, C.J.S. Melancolia e narcisismo: a face narcísica da melancolia nas relações do eu com o outro. *Mental*, Barbacena, v. 5, n. 9, p. 131-150, nov. 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000200009&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 30 out. 2019, p.137.

<sup>133</sup> FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v.12. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.193.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução do significado da melancolia tanto no que diz respeito à nomeação, às causas, aos sintomas, assim como as tentativas de cura e os possíveis tratamentos é ampla e complexa. Essa trilha melancólica é marcada também por fatores sociais, culturais, religiosos e da clínica praticada em cada período histórico frente à doença. Foi considerada, assim como para Starobinski e outros autores, a *Ilíada* de Homero, especificamente o Canto VI, como a inauguração do quadro melancólico, apesar de em nenhum momento ser utilizada a palavra melancolia no conto de Belerofonte. As causas apontaram para uma questão moral e física determinada pelo abandono dos deuses, o que gerou no destemido herói sentimentos de tristeza profunda, tendências ao isolamento, vergonha e humilhação. A única forma de salvação seria retomar o crédito que havia perdido junto aos deuses, de outra forma estaria condenado a sofrer pelo campo Aleio até seu último suspiro.

Na **Antiguidade**, nos séculos V-IV a.C., com o surgimento da medicina hipocrática, as doenças deixaram de ser tratadas como míticas e oriundas da relação com os deuses e seus caprichos. O nome melancolia surgiu pela tradução em grego da palavra, que significa bile negra. Sua origem poderia ser natural, de caráter endógeno, ou seja, intrínseca ao ser humano, ninguém poderia escapar; ou adquirida, de caráter exógeno, o homem era impactado de forma violenta e traumática pelo ambiente, e a doença era instaurada no percurso da vida.

Depois, com a criação da teoria humoral, que era embasada no conceito do equilíbrio dos quatro fluidos (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra), para a explicação das doenças, o melancólico era determinado pelo excesso de bile negra produzida pelo organismo e, desta forma, a alimentação, a prática de exercícios físicos, assim como o clima, o ar entre outros aspectos eram de fundamental importância para serem controlados. Os sintomas melancólicos eram de medo, tristeza, isolamento, dificuldade para dormir, irritabilidade e inquietação, e a forma de curar o doente era pela utilização de plantas como o heléboro negro, que tinha funções purgativas, e a mandrágora, que tinha propriedades sedativas. A clínica hipocrática era embasada na observação e na regularidade da doença, tinha caráter prognóstico, e era possível entender como seria a evolução da doença a partir das observações preliminares, sendo a doença tratada pelos

seus sintomas. A função desse médico era a de aliviar, reduzir ou tentar eliminar a gravidade da doença. Nesse período, os procedimentos cirúrgicos não eram utilizados, o que significa dizer que o médico não tinha uma ação tão invasiva sobre esse paciente.

Aristóteles ainda seguia a teoria humoral, porém acrescentou o fato de que somente homens de exceção, ou seja, pessoas intelectualmente privilegiadas e providas de uma inteligência elevada poderiam ser assombradas pela melancolia, também associou à doença a ingestão do vinho como mudança de caráter.

Outros filósofos também contribuíram para a evolução do significado da melancolia, e esta passou a ter outros signos e nomes, como: melancolia ansiosa, associações da melancolia com a paranoia, o oposto da melancolia que seria a mania e a melancolia psicológica. Apesar de alguns seguirem à risca a teoria humoral, outros eram completamente contra. Sorano de Éfeso acreditava que a causa era originada da compressão das fibras nervosas, outros como Areteu da Capadócia associavam-na à alma, que vagava pelo corpo e se acalorava em homens agressivos, e ainda pela perda de um ente amado, uma questão moral ou passional. Galeno retomou com força a teoria humoral e ainda acrescentou a formação de vapores no organismo que atingiam o cérebro e provocavam uma disfunção cerebral, foi chamada de teoria dos vapores. Por mais que os signos e a etiologia da melancolia fossem se alterando dentro do mesmo período, os sintomas principais permaneciam os mesmos: tristeza, medo e isolamento, assim como alguns outros mais periféricos como insônia, perseguição, mania, desejo de morrer, ideias obscuras entre outros. Desse modo, indaga-se: será que a melancolia era confundida com a tristeza? Talvez para poder explicar a tristeza enraizada no homem, assim como o medo e o desespero, foi criado o termo melancolia para tentar designar uma doença e assim poder estabelecer critérios e orientar a clínica quanto à etiologia, à diagnóstica e à terapêutica, e assim confortar esse homem que sofria.

A **Idade Média**, datada no início do século V até o século XV, foi marcada pela ascensão da Igreja católica, que assumiu de forma preponderante o poder e participação perante a sociedade. O corpo era considerado de acordo com as Escrituras, ou seja, uma composição entre o Espírito Santo e o pecado da carne, portanto, qualquer tipo de prazer da carne seria considerado pecado. No que tange à medicina, um fator importante era o de que a Igreja proibia qualquer atividade de dissecação de cadáveres, pois o corpo era considerado sagrado. Desta forma, a clínica aplicada não tinha uma especificidade muito

notória, as doenças eram tratadas por um misto de medicina e religião, onde as freiras eram consideradas as enfermeiras e os monges eram os médicos.

Uma das formas de cura era o ato de benzer, pois atos cirúrgicos também eram proibidos. A melancolia ainda estava embasada no excesso de bile negra no organismo, assim como na teoria dos vapores, e ainda era pregada por muitos representantes. Contudo, certamente essa mudança social, cultural e religiosa fez surgir outro tipo de signo que também remetia a um estado de tristeza, inércia e isolamento, que foi chamado por Cassiano de: *acedia*. A *acedia* era considerada um pecado e se instaurava pelo distanciamento frente às doutrinas religiosas. O ato de não rezar, e de não trabalhar, fazia com que esse indivíduo entrasse em um estado de completa inércia, moleza e preguiça. Além de tristeza, perda de apetite, medo, ansiedade, delírio entre outras. A terapêutica ainda estava apoiada na utilização de ervas, no controle da alimentação e dos exercícios. Era necessário retomar o caminho da religião, rezar, estar perto de Deus, para poder se livrar do tormento melancólico. Sendo assim, questiona-se: a *acedia* pode ser entendida como uma tentativa de desvincular a *atrabilis* como causa da melancolia na Idade Média? Ou nesse momento da história fica claro que a melancolia não pode se atrelar a uma única questão? A cada movimento da sociedade, e a cada nova crença, o indivíduo ainda carrega tristeza, medo e tendência ao isolamento dentro de si. Novos roteiros sociais, culturais e religiosos carregam sofrimentos particulares, e um novo tipo de nomeação surge para poder explicar todo o mecanismo. Não era possível associar a melancolia a um pecado em uma sociedade anterior onde não existia doutrina religiosa como na Antiguidade, e nem associar a melancolia a uma psicopatologia, sendo que a Psicanálise só foi criada muitos séculos depois.

O **Renascimento**, período posterior ao da Idade Média, entre os séculos XIV e XVI, foi marcado por uma mudança profunda na sociedade. O homem passou a ser o centro do universo. Houve a entrada de uma posição mais racional e científica em detrimento do mundo espiritual e mítico. Afetou também de forma significativa as atividades culturais e artísticas, além de apresentar algumas mudanças no que tange à anatomia e à astronomia. Esse homem livre para pensar não mais leva em consideração a batalha entre Deus e o diabo para o surgimento das doenças. A visão orgânica, filosófica e psicológica ganhou terreno, o homem passou a ter mais autonomia perante suas escolhas, assim como vontade do saber, busca de sentido da vida, bem como angústia perante a escolha. A melancolia estava associada também, do mesmo modo que em

Aristóteles, a uma doença que acometia os intelectuais, não era mais considerada um traço de caráter, e sim uma patologia a ser combatida. A causalidade era atrelada a questões celestiais, especificamente do planeta Saturno que era frio e seco, assim como a uma questão natural e humana. A bruxaria ainda não havia sido abandonada de forma definitiva. Os sintomas sempre presentes como tristeza, medo e isolamento ainda eram os principais a serem notados, além de momentos de fúria alternados com alegria, sonhos tenebrosos, sensação de apodrecimento de uma parte do corpo. Um dos autores de maior destaque nesse período foi Robert Burton que, com sua obra *Anatomia da Melancolia*, ficou conhecido em diversas partes do mundo. O grande mérito do autor foi elaborar uma obra que retomava, e fazia intersecções de tudo que havia sido tratado na Antiguidade e na Idade Média no que diz respeito à melancolia em um único trabalho, além de dar seu toque pessoal, de forma brilhante, principalmente por ele se considerar também melancólico.

No século XVIII, o **Iluminismo** buscou entender aspectos mais gerais. Foi feita uma reforma nos pensamentos que estavam mais voltados para a razão e as questões empíricas. O conhecimento e a cultura seriam os precursores de um mundo melhor. A religião nesse período sofreu um abalo em detrimento do racionalismo e a medicina passou a se desenvolver de forma mais rápida e estruturada pelo avanço do conhecimento da anatomia humana. A melancolia passou a ser associada à neurose e a mania à psicose, além disso, a nomeação da melancolia começou a sofrer incrementos, surgindo, assim, a melancolia humoral, a melancolia nervosa, e a nomenclatura depressão, que apareceu pela primeira vez. Nesse momento da história, é possível perceber a tentativa de desassociar a melancolia de forma definitiva da teoria humoral. Desta forma, a causa estaria mais associada a alterações significativas na função nervosa, seria uma disfunção cerebral (sistema nervoso) o cerne de todo o mal. Franz Anton Mesmer ainda criou a teoria do magnetismo gravitacional equiparada ao magnetismo animal, que nada mais era do que um fluido magnético que circulava pelo corpo, e que o desequilíbrio desses fluidos seria o causador da melancolia e de outras doenças. A frouxidão das fibras nervosas e a influência dos astros ainda não haviam sido descartadas. Além dos sintomas base, já mencionados, nesse momento, os melancólicos apresentavam incapacidade de ligar ideias e fazer julgamentos plausíveis, falsa percepção do estado de saúde, inquietude e atonia. O tratamento era à base de banhos, dietas, fortalecimento do organismo, lazer entre outros.

Cada um desses momentos chave da história apresentou diferentes características no que diz respeito às normas sociais, religiosas e culturais. Em cada mudança existiam tentativas de classificar a melancolia no que diz respeito aos seus significados, porém nada foi mais duradouro do que a teoria humoral. É possível perceber a força da clínica hipocrática que estava direcionada para o prognóstico, a etiologia era a nível orgânico uma produção de bile negra no organismo, a diagnóstica era dada por sintomas estruturantes como tristeza, medo e solidão, e a terapêutica era realizada através da cura pelo oposto no que concerne à alimentação, aos exercícios praticados, ao local onde habitava, ao ar entre outros fatores, além da utilização de plantas purgativas e sedativas. Já mais para o final do século XVIII, com o nascimento da clínica clássica, ocorreu uma transformação na relação de como o médico tratava esse paciente. Se comparada a clínica aplicada na Antiguidade, percebe-se uma ruptura epistemológica, pois as vertentes fisiológicas, sociais e clínicas inseriram novos métodos de observação e direcionamento político da medicina. A semiologia, a etiologia, a diagnóstica e a terapêutica sofreram mudanças significativas, e a relação com as doenças começou a se distanciar do que até então era o convencional.

O nascimento da clínica clássica foi de fundamental importância para a constituição da clínica psiquiátrica. A grande dificuldade para a psiquiatria, que nesse período da história estava preocupada com a questão da loucura, era a de que os sintomas não estavam somente ligados ao corpo, mas também tinham um caráter intersubjetivo da linguagem. A narrativa toma o lugar de uma simples descrição, e desta forma os procedimentos mudaram com o intuito de construir uma matriz de significações. Aquilo que era visível no corpo dá lugar a figuras de linguagem, como: neologismos, semânticas, interrupções do discurso entre outros. Assim foi possível que grandes nomes da psiquiatria clássica elaborassem suas teorias.

Com a **Psiquiatria Clássica**, no final do século XIX e começo do século XX, uma variedade muito grande de nomes foi atribuída aos que sentiam tristeza, medo e tendências ao isolamento. A melancolia passou a ser tratada como vesania, ou uma alienação mental sendo aproximada de uma neurose, estaria relacionada a um tema específico. Já a mania estava voltada para alienados furiosos, um delírio maníaco com comportamento extravagante. Se a etiologia apontava para uma alienação exclusiva sobre um objeto ou uma série particular de objetos, que faziam com que o melancólico ficasse preso a uma ideia fixa que não é interrompida, e na maioria das vezes essa ideia era de

catástrofe, como seria possível curar esse doente? Além dos sintomas estruturantes, ainda apresentavam suspeitas tenebrosas, perversidade, delírio persistente, abatimento brutal, entre outros. A terapêutica estava embasada na tentativa de eliminar essa ideia fixa, e isso era realizado através de tratamentos mais humanitários, práticas de exercícios físicos em meio à natureza, ouvir músicas suaves e harmoniosas, e o mais importante, que era o de realizar um tratamento moral, no qual eram feitas encenações para que se pudesse fazer o doente acreditar que seu fim não seria tão trágico como o imaginado.

Por mais que a melancolia tenha sido tratada de diferentes formas ao longo da história, ainda estava enraizada principalmente no que remete ao nome dado pela etiologia referente à bile negra. Se não era mais uma questão orgânica e, conseqüentemente, não era mais atribuída à bile negra, por que continuar chamando essa doença de melancolia? Provavelmente Esquirol, discípulo de Pinel, pensou nessa questão quando substituiu o nome melancolia por lipemania. Porém, atribuíram, algumas características físicas aos mesmos. A causa estava pautada em uma paixão triste, um delírio de uma perda impossível de ser recuperada, acarretando uma fenda entre o indivíduo e o meio externo. Será que o nome melancolia iria sumir do vocabulário?

Com outros grandes psiquiatras, surgiram outros nomes para a melancolia, como frenopatias, depressão e alienação mental, como foi tratada anteriormente, porém a melancolia retornou, e ganhou alguns aditivos, como melancolia com estupor, melancolia com tendências suicidas e melancolia agitada. Outros igualaram a melancolia a uma loucura em forma dupla, loucura circular, distímia e a melancolia como uma psiconeurose. Como era possível realizar um diagnóstico da melancolia e seguir um tipo de tratamento com tantos nomes e formas? Claramente os psiquiatras queriam criar classes para poder criar métodos para o tratamento da doença, mas com essa diversidade era cada vez mais difícil. A causa era ainda apoiada na dor moral, porém foi possível considerar que também era um dano cerebral, portanto, algo orgânico. Os sintomas basicamente eram os mesmos, como exaltação da tristeza, emoção penosa e depressiva, cansaço, entre outros. A terapêutica era baseada no tratamento moral, e na utilização da hidroterapia, além de sanguessugas e camas giratórias.

Com Kraepelin, a melancolia retornou com muita força, ele associou a doença a um estado depressivo, classificando-a como: simples, grave, paranoide, fantástica e confusa, e o que diferenciava uma da outra, excluindo a melancolia simples, era o grau

da evolução das ideias delirantes e de distúrbios sensoriais, pois os sintomas eram basicamente os mesmos das outras escolas, e a terapêutica ainda estava embasada em um tratamento moral.

Com a criação da **Psicanálise**, por Sigmund Freud, tudo que tinha sido estudado sobre a melancolia sofreu uma subversão, com a construção da teoria do inconsciente foi possível entender as doenças, em particular a melancolia, de outra forma. Nesse momento da história, a teoria humoral perdeu completamente a sua força secular. Mas por que o nome melancolia ainda resistia? Não era mais apropriado criar outra denominação já que não tinha mais relação nenhuma com a bile negra?

A clínica da Psicanálise foi fundamental para essa quebra de paradigma. A ligação diagnóstica passou de ser associada à semiologia e passou a ser feita através da terapêutica. A primeira ideia era a de um afastamento da causa moral trabalhada na psiquiatria. Por um tempo, a hipnose foi utilizada, porém, rapidamente descartada, pois não era considerada uma forma de cura, e sim um método. O médico na psicanálise não toca seu paciente, e nesse momento aparece a técnica da associação livre, sendo a mudança da clínica do olhar, para o da escuta. A semiologia, que era orientada pelo orgânico, passou a ser compreendida de forma singular, de cada indivíduo na relação do significante e seu significado, e sua conseqüente produção. A etiologia era um pouco mais complexa, o limite entre o normal e o patológico é muito impreciso, Freud construiu os casos para explicar as causas estruturais. O diagnóstico passou a ser feito pelo deciframento do inconsciente, pelas articulações entre os significantes e seus sintomas. Esses diagnósticos poderiam ser obtidos por: tipos de relação ao saber, tipos de fala, tipo de relação com a falta, tipo de aparelhamento de gozo e tipo do complemento do sintoma pela demanda.

O tratamento em Psicanálise se apresenta de diversas formas e está ligado a técnicas de linguagem, que geram dúvidas com respeito à convicção e a noção lógica do conflito. Essa questão terapêutica vem acompanhada de um contexto da metodologia envolvida. A psicanálise não segue elementos clínicos ou empíricos, e mesmo os analistas não seguem os mesmos procedimentos e os mesmos métodos de linguagem.

Nas cartas trocadas com seu amigo Fliess, Freud apontou a melancolia como um luto decorrente de uma perda libidinal, de caráter sexual. Até a chegada ao texto

derradeiro, *Luto e Melancolia*, foi importante entrar em alguns textos que serviram de base para a construção do texto principal. O primeiro foi os *Três Ensaios sobre a teoria da sexualidade*, que introduziu alguns conceitos importantes, dentre eles o autoerotismo como uma fase preliminar da constituição do sujeito, também abordou conceitos fundamentais como: a libido, as zonas erógenas, a relação de objeto e a relação do Eu com o meio externo.

Já nos textos *Introdução ao Narcisismo e As pulsões e seus destinos*, foi possível estabelecer o narcisismo como um momento de constituição mais plena do sujeito, com a formação de uma unidade, uma autonomia. Distinguiu o narcisismo primário, momento em que o sujeito tinha uma relação de prazer consigo mesmo, e o narcisismo secundário que era relacionado à escolha de objetos. Nesse sentido, os destinos e suas pulsões são importantes para entender a questão da relação desse sujeito com o ambiente externo, o que Freud chamou de libido do Eu, e libido dos objetos, e tudo que implica essa relação que contém uma ambiguidade característica de amor e ódio. Para entender tudo isso, também foi de extrema utilidade escrever um pouco sobre as características do inconsciente, a partir deste ponto, com todo arcabouço das teorias psicanalíticas traçado, foi possível entrar na questão do luto e da melancolia.

A melancolia passou a ser uma psicopatologia, e sua causa poderia ser explicada por uma perda de um objeto amado, sendo possível saber quem perdeu, mas não o que perdeu naquele objeto, pois está no nível do inconsciente, diferentemente do luto. Na melancolia, a perda tem uma natureza mais ideal, e além de todos os sintomas similares ao do luto, o que os distingue é justamente o fato de que na melancolia ocorre um rebaixamento de si, ou seja, um empobrecimento do Eu. O objeto perdido recai sobre o Eu, é feita a incorporação do objeto que passa a fazer parte do Eu, consumindo-o até a exaustão. Os três pilares da melancolia seriam: a perda de um objeto de amor, a ambivalência de amor e ódio perante esse objeto e uma regressão da libido para o Eu.

Será que a constituição do sujeito desde os primórdios está enraizada em perdas que fariam com que todos carregassem a insígnia da melancolia? Será que todos os homens são tristes por natureza?

Os pontos de ruptura essenciais tratados neste trabalho com relação à melancolia dizem respeito à evolução dos períodos históricos, em grande parte, nas vertentes sociais, religiosas e culturais, assim como a clínica aplicada de cada momento histórico, e sua

representatividade. No mundo contemporâneo, somos regidos pelo discurso capitalista e pelas mídias sociais. Isso implica dizer que se o nome melancolia for igualado ao nome depressão, certamente teremos algumas variações nos significados da palavra em todos os seus âmbitos. A depressão, desta forma, pode ser considerada a melancolia dos tempos modernos? Porém, a causa da depressão, segundo alguns médicos, é de caráter orgânico, assim como visto na Antiguidade com a teoria humoral. Os sintomas são basicamente os mesmos já vistos durante todo o percurso do trabalho: tristeza, medo, isolamento, desesperança, entre outros.

O que leva a Psiquiatria contemporânea a abandonar a melancolia e dar ênfase somente à depressão?

Seria insuficiente afirmar que esta dissolução se deve, em grande parte, à proliferação de antidepressivos. A crescente produção dessas drogas responde, notadamente, a uma demanda que vem se acentuando, de forma notável, a partir dos anos 70. A depressão é, hoje, uma doença assolando, de forma particularmente notável, os países ocidentais mais ricos e onerando não só os sistemas de saúde como a produtividade do trabalho. Por outro lado, os antidepressivos, como o nome indica, são bastante eficientes no tratamento da depressão, mas não são anti-melancólicos. É a partir da disseminação do consumo de antidepressivos, por clientes que estão em tratamento psicoterapêutico, que se observa uma clara diferença psíquica entre depressão e melancolia. Estes pacientes, invariavelmente, saem da depressão, mas permanecem com sintomas melancólicos.<sup>1</sup>

A terapêutica regida pela Psiquiatria moderna parece seguir essa onda da pressa e do capitalismo, promete curar a doença em um curto período, tudo que se deve fazer é ir à farmácia e comprar um remédio. Nesse mundo de pressa, quem tem tempo de fazer uma terapia de dez anos para amenizar o sofrimento? A Psicanálise não está inserida no contexto atual, talvez por isso e por outros motivos ela sofra muitas resistências, assim como a melancolia.

A clínica da psiquiatria moderna coloca a depressão como falta de um componente químico no cérebro, em detrimento de uma resposta de separação e perda. Seria uma volta à Antiguidade? A causa da depressão é de origem orgânica? É uma questão muito complexa, que será estudada em outro momento. Contudo, essa problemática é apontada aqui por Leader:

---

<sup>1</sup> BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, P. A clínica da depressão: questões atuais. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 9-25, jun. 2000, p.11.

[...] A depressão é concebida com um problema biológico, como uma infecção bacteriana, que requer um remédio biológico específico. Os sofredores precisam retornar a seus estados produtivos e felizes. Em outras palavras, a exploração da interioridade humana está sendo substituída por uma ideia fixa de higiene mental. É preciso eliminar o problema, em vez de entendê-lo.<sup>2</sup>

Os sintomas de tristeza, medo e tendência ao isolamento, que eram signos chave no diagnóstico da melancolia, ainda se fazem presentes nos dias de hoje. Seria a depressão uma melancolia com a carapuça da modernidade representada pelo capitalismo e a Idade Mídia? A terapêutica estaria de acordo com o interesse das indústrias farmacêuticas?

Para chegar a uma conclusão mais detalhada da melancolia e da depressão, será necessário fazer um percurso da segunda tópica freudiana, que vai tratar a formação do Ego e do Id, a construção do Super Eu, juntando com o conceito de pulsão de morte entre outros, para enquadrar a melancolia como uma neurose narcísica. Já outros psicanalistas, como Lacan, apontam essa psicopatologia como uma psicose.

Lambotte, uma grande influência para o estudo da melancolia aponta:

A melancolia – lembrando a partir de Freud, pode ser classificada no geral como uma neurose narcísica -, se ela apresenta algumas características psicóticas, como alguma retirada autista, ou algumas formas de delírio, não pode, contudo pertencer de forma deliberada no registro da psicose, no mesmo lugar que a esquizofrenia e a paranóia.<sup>3</sup>

E a depressão? Qual é a diferença entre melancolia e depressão? A depressão carregaria o legado da melancolia ou são conceitos completamente distintos? Uma importante reflexão foi traçada por importantes psicanalistas contemporâneos para dar uma possível pista do que está por vir. Nesse primeiro exemplo é possível verificar a tentativa de desassociar uma da outra:

O deprimido, diferentemente do melancólico, protesta contra a perda. Não se permite lançar-se a novas possibilidades de investimento objetal. Há na depressão um registro psíquico da perda. O deprimido martiriza-se por ela e sabe o que ficou perdido. Por isso mesmo não há retorno do objeto sobre o eu, dado que o deprimido foi fígado pelo investimento dos pais e pela formação da imagem de si. O deprimido

<sup>2</sup> LEADER, D. *Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia*. Tradução: Fátima Santos. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011, p.10.

<sup>3</sup> LAMBOTTE, M.C. *Le discours mélancolique: De la phénoménologie à la métapsychologie*. Paris: Anthropos- Economica, 1993, p.280. Tradução livre.

tece uma narrativa sobre a perda, contudo não encontra sustentação para sua elaboração.<sup>4</sup>

Já outros autores situam a melancolia, em um primeiro momento, como sendo igual à depressão, o que mostra a dificuldade que é a distinção entre esses dois nomes:

Assim compreendida, a depressão tem sido objeto constante de estudo da psiquiatria, quando essa se empenha na investigação da melancolia, sendo, assim, apressado afirmar tratar-se de manifestação psicopatológica da contemporaneidade, mesmo se reconhecendo, atualmente, uma verdadeira epidemia dessa doença. Hoje, a denominada melancolia passa a ser nominada depressão, conservando uma indistinção reveladora de grandes dificuldades em se estabelecer diferenças específicas entre essas manifestações.<sup>5</sup>

Em outro ponto, esses mesmos autores tentam diferenciá-las:

Há, portanto, depressão na melancolia. Porém, enquanto a primeira pode ser vista como estado, a segunda pode ser caracterizada – tal como Freud o fez – como neurose narcísica onde o conflito intrapsíquico ocorre entre as instâncias do ego e do superego implicando o sujeito na culpa. Em outras palavras, enquanto a depressão é estado de luto muito primitivo, manifestando-se sem culpa, a melancolia é neurose composta de conflito, culpa e depressão.<sup>6</sup>

Como a sociedade moderna e a clínica dos dias de hoje contribuem para o entendimento da melancolia e da depressão? Essa dissertação serviu de base para um possível entendimento inicial desta questão, buscando compreender o significado da melancolia em suas múltiplas variações ao longo do tempo. O próximo passo demandará uma nova investigação, que se possível gostaria de realizar mais adiante. O importante não é a velocidade, e sim não ficar parado, e como se diz: devagar se vai ao longe.

---

<sup>4</sup> PINHEIRO, M.T.S.; QUINTELLA, R.R.; VERZTMAN, J.S. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010, p.160.

<sup>5</sup> BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, P. A clínica da depressão: questões atuais. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 9-25, jun. 2000, p.11.

<sup>6</sup> Ibid.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAM, K. (1916). O Primeiro Estágio Pré-Genital da Libido. In: \_\_\_\_\_. *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Tradução Christiano Monteiro Oiticica. 6. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

\_\_\_\_\_. (1924). Breve Estudo do Desenvolvimento da Libido, visto à luz das perturbações mentais. In: \_\_\_\_\_. *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Tradução Christiano Monteiro Oiticica. 6. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

AGAMBEN, G. *Estâncias: a palavra e o fantasma na cultura ocidental*. Minas Gerais: Editora da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

ARISTÓTELES, (384[322 a.C]). *O homem de gênio e a melancolia: o problema XXX*, I. Tradução do grego, apresentação e notas de Jackie Pigeaud. Tradução Alexei Bueno. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1998.

AVICENNA. On the signs of melancholy's appearance. In: \_\_\_\_\_. On black bile and melancholy, from Canon of Medicine (ca. 1170.87 c.e.). Disponível em: RADDEN, J. *The nature os melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

BABB, L. *Sanity in Bedlam: A study of Robert Burton's Anatomy of Melancholy*: The Michigan State University Press, 1959.

BERCHERIE, P. *Genèse des concepts freudiens: Les fondements de la clinique 2*. Paris: L'Harmatann, 2004.

\_\_\_\_\_. *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Traducción Carlos de Santos - Buenos Aires: Manantial, 2014.

BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, Pierre. A clínica da depressão: questões atuais. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 9-25, jun. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142000000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142000000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 oct. 2019.

BERLINCK, L. C. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

BERRIOS, G. E. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 590-608, set., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n3/11.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRUSSET, B. Nota sobre a situação da noção de relação objetal. In: \_\_\_\_\_. *Comunicação e representação: novas semiologias em psicopatologia*. Tradução: Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1989.

BURTON, R (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. Prefácio Manoel da Tosta Berlinck. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: Ed. UFRP, 2011a. Vol. I.

\_\_\_\_\_. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A primeira partição: causas da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2011b. Vol. II:

\_\_\_\_\_. (1577[1640]). *Anatomia da melancolia*. A segunda partição: a cura da Melancolia. Tradução Guilherme Gontijo Flores. Curitiba: UFRP, 2012. Vol. III.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CORDÁS, T. A. *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores*. Uma introdução histórica. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

CORDÁS, T. A; EMILIO, M. S. *História da Melancolia*: Porto Alegre: Artmed, 2017.

DELOUYA, D. *Depressão*. 7. ed. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017.

DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

ESQUIROL, E (1820). *Des maladies mentales*, Paris: Baillière, 1838. Fonte: J. Postel, *La psychiatrie – textes essentiels*, Paris: Larousse, 1994.

FÉDIDA, P. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. Tradução Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 2002.

FERREIRA, M. F. *A dor moral da melancolia*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014.

FREUD, S. (1894a). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Carta 18. In: \_\_\_\_\_. *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.1. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1894b). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Rascunho E. In: \_\_\_\_\_. *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.1. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1894c). Neuropsicoses de defesa. In: \_\_\_\_\_. *Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1889)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.3. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1895). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Rascunho G. In: \_\_\_\_\_. *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889)*. Edição Standard

Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 1. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos (1901-1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7. Tradução Jaime Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1907). O esclarecimento sexual das crianças. In: \_\_\_\_\_. *“Gradiva” de Jensen e outros trabalhos (1906-1908)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 9. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1908). Caráter e erotismo anal. In: \_\_\_\_\_. *“Gradiva” de Jensen e outros trabalhos (1906-1908)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 9. Tradução Jaime Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1910) Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In: \_\_\_\_\_. *Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros Trabalhos (1910)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 11. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1914). Introdução ao narcisismo. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v. 12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. (1915). O inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v. 12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. (1915). As pulsões e seus destinos. In: \_\_\_\_\_. *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

\_\_\_\_\_. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas v. 12. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. (1924). Neurose e psicose. In: \_\_\_\_\_. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente: (1923-1940)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 3. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

\_\_\_\_\_. *História da loucura: na Idade clássica*. 10. ed. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2014.

GALEN, C. (129[201 a.C.]). On the natural faculties. In: \_\_\_\_\_. *The great books*. Translated by Arthur John Brock, M. D. University of Chicago, 1952. p 161-215.

GALENO (129[201a.C.]). *Sobre la localización de las enfermedades (de locis affectis)*. Traducción Salud Andrés Aparicio. Madrid: Editorial Gredos, 1997.

HASSOUN, J. *A crueldade melancólica*. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

HIPPOCRATES (400 a.C.). Aphorisms. In: \_\_\_\_\_. *Genuine works of Hippocrates*. Translation Francis Adams, L. L. D, Surgeon. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1939. p. 292-322.

\_\_\_\_\_. *De la medicina Antigua*. Traducción Conrado Eggers Lan. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de Mexico, 1987.

\_\_\_\_\_. *Conhecer, cuida, amar: O juramento e outros textos*. Tradução Dunia Marino Silva. São Paulo: Landy, 2002.

HOMERO. (850 a.C.). *Ilíada de Homero*. v. 1. Tradução Haroldo de Campos. São Paulo: Mandarim, 2001.

\_\_\_\_\_. (850 a.C.). *Ilíada*. Tradução Manuel Odorico Mendes. São Paulo: Martin Claret, 2004.

KEHL, M. R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

KRAEPELIN, E. (1856[1926]). *A loucura maníaco-depressiva*. Tradução Débora de Castro Barros. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

KRISTEVA, J. *Sol negro: depressão e melancolia*. Tradução Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

LAGES, S. K. *Walter Benjamin: Tradução e Melancolia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

LAMBOTTE, M. C. *Le discours mélancolique: De la phénoménologie à la métapsychologie*. Paris: Anthropos- Economica, 1993.

LAPLANCHE, J. *Vida e morte em Psicanálise*. Tradução Cleonice Paes Barreto Mourão e Consuelo Fortes Santiago. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

LAURENT, E. *Versões da clínica psicanalítica. Campo freudiano no Brasil*. Tradução Aluísio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LEADER, D. *Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia*. Tradução Fátima Santos. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

LIMA, L. C. *Melancolia: Literatura*. São Paulo: Unesp, 2017.

LOBO, A.L. *Freud: a presença da Antiguidade clássica*. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2004.

MEZAN, R. Psicanálise e psicoterapias. *Estud. av.*, São Paulo, v. 10, n. 27, p. 95-108, Aug. 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141996000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141996000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 nov. 2019.

PERES, U. T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PERNOUD, R. *Hildegarda de Bingen: a consciência inspirada do século XII*. Tradução Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

PINEL, P (1745[1826]). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Tradução Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PINHEIRO, M. T. S.; QUINTELLA, R. R.; VERZTMAN, J. S. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652010000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652010000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em : 30 out. 2019.

PRIGENT, H. *Mélancolie: les métamorphoses de la dépression*. Paris: Gallimard, 2005.

QUINET, A. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

\_\_\_\_\_. *Teoria e clínica da psicose*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristóteles to Kristeva*, Edited by Jennifer Radden. USA: Oxford University Press, Inc, 2000.

SALEM, J. Introdução. In: \_\_\_\_\_. *Conhecer, cuidar, amar: O juramento e outros textos*. Tradução Dunia Marino Silva. São Paulo: Landy, 2002.

SANTA CLARA, C.J.S. Melancolia e narcisismo: a face narcísica da melancolia nas relações do eu com o outro. *Mental*, Barbacena, v. 5, n. 9, p. 131-150, nov., 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000200009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 out. 2019.

SCLIAR, M. *Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SILVA, P. J. C. Um sonho frio e seco: considerações sobre a melancolia. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 286-297, Jun., 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 31 Oct. 2019.

SOLER, C. (1937). *O inconsciente a céu aberto na psicose*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

SOLOMON, A. *O demônio do meio dia: Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

STAROBINSKI, J. *Historia del tratamiento de la melancolia desde los origines hasta 1900*. Tradução Acta Psychosomatica. Basle, Switzerland, 1960.

\_\_\_\_\_. *A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza*. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

SWEET, V. *Rooted in the Earth, Rooted in the Sky: Hildegarda of Bingen and Premodern Medicine*. New York & London: Routledge, 2006.

VERZTMAN, J. S. *Tristeza e depressão: pensando nos problemas da vida*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995.