

La experiencia melancólica: una configuración diferencial entre la depresión mayor y la melancolía

Laura Milena Segovia Nieto¹
Universidad Nacional de Colombia

Resumen

Ante una nueva versión del DSM (DSM-5) se ha revivido la polémica en torno a la clasificación de la “melancolía” como un subtipo de la Depresión Mayor. Un grupo de psiquiatras, filósofos y psicólogos abogan por reconocerla como un desorden afectivo identificable y separable; así mismo, han planteado que es necesario reexaminar sus diferencias y afinidades con otros desórdenes como la esquizofrenia. Dentro de este marco, y a partir de una exploración fenomenológica, este artículo pretende hacernos reflexionar acerca de las posibles diferencias entre las experiencias melancólicas y las de la depresión mayor. Al mismo tiempo, se observa la relación entre la melancolía y el síndrome de Cotard, síndrome que se presenta especialmente en casos de depresión severa y psicosis. Este análisis permitirá esbozar algunas razones para establecer categorías diferenciales que aclaren, entre otros aspectos, el diagnóstico y tratamiento tanto de la melancolía, como de la depresión mayor.

Palabras Clave: depresión mayor, melancolía, experiencia, DSM-5, categorías diagnósticas.

La melancolía es una tristeza, un deseo sin nada de dolor, parecido a la tristeza en la misma medida en que la neblina se parece a la lluvia.

H.G. Longfellow

Abstract

The new version of the DSM (DSM-5) has brought back the controversy about the classification of “melancholia” as a subtype of Major Depression. A group of psychiatrists, psychologists and philosophers argue for recognizing it as an identifiable and separable affective disorder. Moreover, these professionals have established it is necessary to re-examine its differences and similarities in comparison with other disorders such as schizophrenia. Within this framework, and from a phenomenological exploration, this article aims to make us reflect about the differences between melancholic and major depression experiences. Moreover, the relationship between melancholy and Cotard syndrome -which is common in cases of severe depression and psychosis-, is examined. This analysis will outline reasons to establish different categories which allow us to clarify the diagnosis and treatment of both melancholia and major depression.

Key Words: Melancholia, Major Depression, Experience, DSM-5, Diagnostic Categories.

Recibido: 08 de Julio de 2014

Aceptado: 26 de Noviembre de 2014

1. Magister(c) de Psicología Universidad Nacional de Colombia. Docente en la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Correo: lmsegovian@unal.edu.co

Introducción

Aunque la historia de la melancolía da inicio en la Grecia antigua, Siglo V a.C., su conceptualización y comprensión parece no ser hoy ni completa, ni clara (Aldo, 2007; Jackson, 1989). Tras haber sido catalogada como un sub-tipo de depresión mayor, hoy en día renace con fuerza la idea de verla como un desorden afectivo diferenciado (Coryell, 2007; Fink, Bolwing, Parker y Shorter, 2007, Fink y Taylor, 2007), así como la necesidad de reexaminar sus diferencias y afinidades con otros desórdenes como la esquizofrenia (Sass y Pienkos, 2013a; Sass y Pienkos, 2013b). En dichas tareas, la exploración fenomenológica de la experiencia melancólica puede ser una herramienta que facilite una mayor comprensión de cada uno de los trastornos, permitiendo mayor claridad respecto a los límites que se pueden o no establecer entre ellos. En esta línea, se caracterizará brevemente la experiencia melancólica en oposición a la experiencia de la depresión mayor y; finalmente, se esbozará la relación de la melancolía con los delirios, especialmente con el Síndrome de Cotard, o delirio de Negación.

La palabra *melancolía* aparece en la Grecia clásica con Hipócrates; ésta se asociaba con la apatía y la tristeza, manteniéndose sin grandes cambios hasta el Renacimiento. Para el siglo XVI, la melancolía incluía “creencias” que hoy definiríamos como psicóticas, estados maníacos, engaños psicosomáticos y estados disociados (Radden, 2008). Igualmente, hasta finales del siglo XIX, el síndrome depresivo era equiparable a la melancolía, hecho que comienza a cambiar cuando Kraepelin (1886), comienza a agrupar condiciones afectivas como la manía y la melancolía en la, por él nombrada, psicosis maníaco-depresiva (Ezquiaga, García, Díaz, y García, 2011; Radden, 2008). El creciente énfasis en los síntomas afectivos de la melancolía, junto con la negación de sus características cognitivas (ideas delirantes), en la primera mitad del siglo XIX, comienza a separarla de las patologías basadas en las creencias falsas o delirios, que estaban asociados a defectos del razonamiento y de la cognición, mas no a desórdenes afectivos (Jackson, 1983). Es así como, ya separada de los delirios y con la llegada del DSM-III en 1980, la melancolía es clasificada como un subtipo de depresión mayor en función de su gravedad, descartando prácticamente cualquier forma cualitativamente diferente en los trastornos depresivos (Ezquiaga et al., 2011). Así, en la nosografía moderna (DSM), los trastornos depresivos se consolidaron como parte de un grupo homogéneo con diferencias de tipo cuantitativo entre los sub-tipos que la componen, diferencias basadas en

la gravedad y duración del trastorno (American Psychiatric Association, 2000; Rossi, 2012).

Ante la aparición de una nueva versión del DSM-5 (2013), un grupo de investigadores, incluyendo filósofos, psicólogos y psiquiatras, entre otros, han abogado por entender la melancolía como un trastorno afectivo diferenciado, no como un sub-tipo del episodio depresivo mayor (episodio depresivo mayor con características melancólicas). Esta nueva separación habría de basarse en el hecho de que, detrás de las presentaciones clínicas objetivas, se podrían encontrar experiencias depresivas cualitativamente diferentes, así como una heterogeneidad biológica, que resultan indispensables para tener en cuenta, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento (Coryell, 2007; Fink y Taylor, 2007; Parker, Fink, Shorter, Taylor y Akiskal, 2010; Rossi, 2012).

Diferencias entre melancolía y depresión mayor

Existe evidencia de la heterogeneidad biológica que se puede encontrar dentro de la categoría “Depresión mayor” (Bolwig y Shorter, 2007; Fink y Taylor, 2007; Parker, et al., 2010; Taylor y Fink, 2006). Estudios recientes indican tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos diferenciales entre casos de melancolía de depresión mayor (Mizushima et al., 2013). Por ejemplo, los pacientes melancólicos responden mejor a antidepresivos tricíclicos de amplia acción frente a otros antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Parker et al., 2010; Perry, 1996). Así mismo, a diferencia de pacientes con depresión, los melancólicos rara vez responden al placebo, la psicoterapia, o cualquier tipo de intervención social (Brown, 2007; Parker et al., 2010).

Ahora bien, con el objetivo de diferenciar la melancolía de un episodio de depresión mayor, a partir de la experiencia de quien la padece, es necesario pasar de una noción de cantidad (cuánto una persona está deprimida) a una de cualidad (cómo una persona está deprimida). Para ello, se ha de observar cómo la experiencia melancólica principalmente se diferencia de la experiencia que sufre una persona con un episodio depresivo mayor en relación a: a) la experimentación afectiva: los melancólicos presentan una ausencia casi completa de la capacidad para experimentar afectos; b) el retardo psicomotor o inhibición mental y de

motricidad y, finalmente, c) la imposibilidad de establecer una relación con su propio padecimiento, implicando así una retrospectiva dolorosa (Rossi, 2012).

Inaccessibilidad afectiva

La característica central de los llamados “Trastornos Afectivos” es la alteración del humor. En el caso del paciente depresivo, éste se caracteriza por la tristeza profunda y la anhedonia. Dicha alteración parece ser experimentada de forma cualitativamente diferente por cada individuo. Esto depende de si la tristeza es ocasionada por una pérdida (duelo, rupturas, etc.), por un episodio depresivo mayor, o por la melancolía. Para examinar dicha cuestión, es necesario; en primer lugar, establecer las diferencias entre experimentar tristeza y estar deprimido. Tatossian (1979) señala que la tristeza normal es una experiencia (a menudo, en función de una pérdida) que posee un efecto de halo, pero que no invade toda la vida mental de las personas, sino que deja espacio para otros “afectos”; es una experiencia con límites espaciales y temporales que permite distinguir entre mí mismo y mi tristeza.

Generalmente, en los trastornos depresivos, la tristeza, aunque presente, comienza a perder los límites espacio-temporales, pues no se limita a un objeto, sino que se difunde hacia todos los aspectos de la experiencia; de esta manera, constriñe la posibilidad de actuar significativamente sobre el mundo y conectarse con otros (Ratcliffe, 2012a; 2012b; Rossi, 2012; Varga, 2013). Aún así, parece que en las depresiones no melancólicas, las llamadas reactivas, el deprimido lo está por o debido a algo, su depresión es dirigida, intencional; por ejemplo, usan la palabra deprimido para describirse a sí mismos como tristes y desanimados por un contratiempo u otra adversidad (Fuchs, 2010). En cambio, en la melancolía, el paciente presenta una imposibilidad de estar triste, alegre o tener cualquier otro afecto. Silber, Rey, Savard y Post (1980) hablan de un estado de “inaccessibilidad afectiva”, un estado donde el melancólico pierde la capacidad de experimentar y reconocer afectos. Igualmente, Fuchs (2010) sostiene que, a diferencia de las depresiones reactivas, los melancólicos usan la palabra depresión para denotar que son incapaces de sentir algo, que han perdido su resonancia afectiva con otros y que se sienten como petrificados, descripción más acorde con la pérdida total de los afectos.

Las características del humor melancólico, como no encontrar ninguna causa aparente para su condición, no poder sentir tristeza, no poder tomar distancia, ni influen-

ciar su humor, no poder tener otro tipo de emociones diferentes de la melancolía y sentir que la melancolía le fue impuesta (Kraus, 2003), no parecen permear al grupo homogéneo que se llama “depresión mayor”. En el caso especial de la melancolía, la experiencia nuclear no es la tristeza, sino una alteración global del estado de ánimo, una condición no intencional, sin ninguna referencia al mundo externo (Stanghellini, 2004). Esta alteración global del estado de ánimo parecería la responsable de que los melancólicos suelen experimentar al mundo de alguna manera constreñido, drenado de vitalidad y con posibilidades experienciales erosionadas. Esa alteración de la emocionalidad global o *background emotion*, que se encarga de estructurar nuestra experiencia, sería la responsable de que el melancólico no sienta posibilidades de acción significativa sobre el mundo (Varga, 2013). Apoyando la noción de una alteración global en la melancolía, Fuchs (2010) señalaría que lo que explica la experiencia del melancólico, incluido su retardo psicomotor y la autoconciencia reflexiva, las cuales se discutirán más adelante, es la pérdida de la conciencia; es decir, una disminución considerable de la energía básica que nos hace perseguir metas, tener deseos o impulsos, la cual se haya inextricablemente ligada al sentido de vivir o auto-afcción. En ese sentido, la tristeza del melancólico carecería de intencionalidad, contrario al caso de la depresión mayor, por lo que el afectado presenta una incapacidad general para experimentar afectos hacia el mundo que lo rodea.

Para terminar con este punto, resulta importante anotar brevemente la importancia de la corporalidad en relación con los afectos del melancólico. Dado que somos seres corporizados, sujeto y objeto del mundo experimentado (Blackman, 2010), una pérdida sutil de la resonancia emocional corporizada en los pacientes melancólicos constituiría un cambio experiencial que se reflejaría en la sensación de “no poder sentir”, sentirse inanimado, separado de sus afectos, no ser capaz de moverse ni sentirse atraído por las cualidades del mundo (Fuchs, 2010). Por lo tanto, parecería que la falta de esta resonancia corporal, que caracterizaría principalmente a la melancolía, a diferencia de cualquier otro tipo de depresión mayor, lleva a una “despersonalización afectiva”, en donde la persona no es capaz de ser el sujeto de sus propias intenciones afectivas (Stanghellini 2004; Fuchs, 2010).

Retardo Psicomotor

Otra de las características centrales de la experiencia melancólica es lo que se ha descrito como retraso psico-

motor, o inhibición de funciones motoras y actividades cognitivas. En relación con la inhibición de funciones motoras, en la melancolía se presentan alteraciones en las funciones básicas del cuerpo y signos vegetativos (Taylor y Fink, 2008). Dichas alteraciones se experimentan como sensaciones dolorosas, de pesadez, opresión en el pecho, estrechez, disminución o inhibición de la motricidad y una sensación de congelación de la materia, independientemente de todos los acontecimientos reales de la vida (Fuchs, 2005; Rossi, 2012; Sass y Pienkos, 2013a). A diferencia de la melancolía, la experiencia de cualquier otro tipo de depresión mayor no siempre incluye inhibición de funciones motoras; incluso, en algunas de ellas, se reportan estados de agitación, así como ausencia de múltiples estados vegetativos y psicosis; estas características corresponderían a lo experimentado por los pacientes melancólicos (Taylor y Fink, 2008).

Las experiencias narradas por el paciente melancólico podrían deberse a que su cuerpo está “*bipercorporizado*”; en otras palabras, el paciente se siente confinado a las restricciones actuales de su cuerpo, donde el espacio sensorio-motor está restringido al ambiente cercano; su cuerpo ahora resulta un “estorbo”, un obstáculo entre él y el mundo (Fuchs, 2010; Stanghellini, 2004). Más aún, tomando en cuenta que el espacio de posibilidad para la experiencia está constituido por potencialidades corporales, de modo que una sensación alterada en el cuerpo es al mismo tiempo un cambio en el espacio de posibilidad (Ratcliffe, 2010; Varga, 2013), no es extraño que la persona experimente un mundo carente de atractivos significativos y posibilidades de acción, donde su cuerpo se percibe lento y pesado, con inhibición de la motricidad y restringido ante el mundo. En ese sentido, se podría llegar a proponer la posibilidad de que algunas diferencias en la corporización de pacientes depresivos y melancólicos subyazcan a las diferencias experimentadas por ellos, tanto en ésta característica como en la anteriormente nombrada.

Adicionalmente, al referirse al componente psicomotor, es válido precisar que si se habla de “*background emotions*” específicas en la melancolía, éstas no sólo estructurarían el conjunto de posibilidades significativas para la deliberación, sino también darían forma a nuestro comportamiento práctico en el mundo, permitiendo el correcto funcionamiento de diversas habilidades cognitivas y deliberativas (Varga y Krueger, 2013). Sobre esta idea, Piguet, Dayer, Kosel, Deseilles, Vuilleumier y Bertschy (2010) anotan que, en contraste con la noción típica de decremento del pensa-

miento en la melancolía, muchos pacientes con depresión mayor presentan un incremento en el número de pensamientos. Esta experiencia, en la depresión, coexistiría simultáneamente con una sensación de un flujo continuo incómodo en que los primeros pensamientos se unen en la mente, en vez de ser reemplazados por otros, algo que se llama hacimiento del pensamiento (Sass y Pienkos, 2013); así mismo, se presentan pensamientos rápidos e inconexos, o “*race thought*” (Piguet et al., 2010).

Autoconciencia Reflexiva

Finalmente, la melancolía también se caracteriza por la imposibilidad de establecer una relación con la propia alteración. Aunque el melancólico puede saber que es él quien es incapaz de sentir, lo que le daría un sentido básico de ipseidad o auto-posesión, que de hecho le provee una posición desde la que podría reconocer cualquier respuesta afectiva como suya (Sass y Pienkos, 2013), no parece poder distanciarse temporal o espacialmente de su desorden; es decir, no es capaz de narrar el flujo de su experiencia como un continuo que le pertenece (Tellenbach, 1974). Así, una diferencia importante entre la depresión mayor y la melancolía se referirá al papel de la autoconciencia reflexiva: una conciencia mediada por la reflexión, en la que la experiencia de sí mismo es objetivada, lo que le permite desarrollar una identidad narrativa (Rossi, 2012).

En el caso de la depresión mayor, el sentido de continuidad entre el estado depresivo y la vida de la persona está conservado; por el contrario, en la experiencia melancólica, se presenta una ruptura en la vida: un cambio radical que borra el sentido de la continuidad espacio-temporal de la propia vida (Rossi, 2012). Pareciera que el melancólico vive en un presente estático, en lugar de un sistema teleológico donde la realidad es prácticamente significativa a la luz de objetivos estables, compromisos y proyectos (Ratcliffe, 2013). Este aspecto particular de la conciencia melancólica se caracteriza por ser un callejón sin salida: la narración se convierte en algo fijo, todo está bloqueado, ya no puede acceder al contacto con los demás y, peor aún, esta condición es percibida como irreparable (Fuchs, 2005; Rossi, 2012). En ese sentido, “*si la depresión mayor es un naufragio con espectador, la melancolía se asemeja a un naufragio sin espectador*” (Stanghellini, 2004). En otras palabras, el depresivo puede buscar un relato que dé cuenta y llene de significado su depresión, mientras que el melancólico parece haber perdido todo el sentido de las posibilidades y termina confinado al estado presente de

sus restricciones corporales (Fuchs, 2005). En este sentido, el melancólico, al no poder reconstruir narrativamente su relación entre la pérdida y su melancolía, como sí lo podría hacer un depresivo mayor, no sería capaz de saber si ha perdido algo, o de identificar qué ha perdido (Rossi, 2012).

Así mismo, dado que en la experiencia melancólica, tanto el pasado como el futuro se ven como incapaces de ofrecer algo relevante a la experiencia presente, la experiencia sobre el mundo se queda estática (Varga y Kruger, 2013). Esto genera una conciencia fenoménica que se caracteriza por conclusiones, verdades, inamovibles y definitivas sobre sí mismo: “soy culpable”, “indigno” y “estoy condenado”; entonces, para el melancólico, nada puede ayudarle a reducir su sufrimiento (Rossi, 2012). En la depresión mayor; por el contrario, la tristeza, aunque se presenta como un fenómeno generalizado, permanece abierta, en algún grado, a nuevas significaciones, incluidas otras verdades sobre sí y su experiencia (Rossi, 2012). En este punto, cabe aclarar que, muchas veces, la configuración experiencial de la depresión mayor puede parecer bastante cerrada e inaccesible a cualquier tipo de resignificación, lo que haría que en este nivel no se diferenciara claramente entre el depresivo y el melancólico. Así bien, sería pertinente examinar los casos específicos para analizar los factores que cierran las posibilidades de resignificación y si éstos se presentan de la misma manera que en la melancolía.

Finalmente, en este punto es importante nombrar los estudios en relación con el *Typus Melancholicus*. Aunque faltarían evidencias para determinar si éste es equivalente al melancólico que se ha tratado de retratar acá, podría posibilitar vías para entender cómo el melancólico, ante la imposibilidad de cambiar su experiencia sobre el mundo, puede presentar cierto tipo de configuraciones para relacionarse con el mundo, su melancolía y con las otras personas que en él habitan. Dichas configuraciones, que no se presentarían en la depresión mayor, serían estables (con posibles improntas genéticas) y el núcleo en torno al cual se regularían las acciones significativas (Ambrosini, Stanghellini y Langer, 2011). Entre éstas, encontramos:

- la hipernomia/heteronomía: una adaptación excesivamente rígida a la norma, no ligada al contexto y con una recepción exagerada de la norma externa; según ésta, cada acción es guiada por una motivación impersonal, referida a los criterios socialmente establecidos;
- la intolerancia a la ambigüedad: la persona es extremadamente atenta con los otros, se anticipa a sus

necesidades y trabaja intensamente para satisfacer a los demás. Aquí, es fundamental el esfuerzo de sintonizarse con el otro en cuanto a actor social, que se mueve siguiendo las reglas y normas predeterminadas;

- la concienziosidad: una necesidad de prevenir los sentimientos y atribuciones de culpa; y
- la ordenalidad: la necesidad de mantener la atmósfera circundante ausente de posibles conflictos, donde se pueda ejercer la propia “autonomía”, sin que esto conlleve a la culpa (Stanghellini, 2004; Ambrosini et al., 2011).

El caso del Síndrome de Cotard

Antes de concluir, es pertinente hacer un breve análisis del *Síndrome de Cotard*, o también llamado *Delirio de Negación*. Éste se asocia particularmente con la melancolía, mas no con otro sub-tipo de depresión mayor. Es necesario recalcar que las conceptualizaciones de la melancolía en épocas pasadas englobaban una serie de características que hoy en día la categoría de depresión mayor no abarca. Por ejemplo, cuando se hace referencia a la melancolía, parece pertinente incluir lo que se conoce como estados delirantes y alucinaciones que, aunque dentro de la depresión mayor aparecen como síntomas psicóticos, estarían más comúnmente asociados con la experiencia melancólica y, por supuesto, podrían relacionarse más con la esquizofrenia (Radden, 2008).

Ahora bien, varias de las características de la experiencia melancólica parecen estar fuertemente involucradas con la aparición de este síndrome. En la experiencia melancólica, se da una “hipercorporización”, la cual va acompañada de una sensación de “no sentir” y una separación del melancólico de sus afectos; esto conllevaría a que el paciente melancólico presente un sentido pre-reflexivo disminuido de sí mismo y una despersonalización afectiva (Fuchs 2005; Stanghellini 2004). Igualmente, se podría hablar de un retardo psicomotor significativo, por lo que no es de extrañar que, en algunos casos, dicha despersonalización culmine en delirios nihilistas, o en el síndrome de Cotard, donde los pacientes afirman ya haber muerto, o que su cuerpo es un cadáver en descomposición (Enoc y Trethowan, 1991). Así mismo, la creencia delirante predominante en este síndrome es negar la propia existencia o la existencia del mundo; ésta puede entenderse como una separación del cuerpo corporizado, cuya pesadez ahora cambia a lo totalmente opuesto, una sensación de ligereza, o incluso, a una pérdida completa de

las sensaciones corporales. Esto pone de manifiesto que el sentido de propiedad corporal o auto-afección está gravemente perturbado (Fuchs, 2005; 2010). En ese sentido, cabría preguntarse si la melancolía estaría relacionada con otros trastornos no afectivos. De igual forma, sería significativo examinar en virtud de qué se da un cambio en la corporización de los pacientes y si dichos cambios se dan de manera similar en otras psicopatologías.

Conclusiones

Es innegable que al hablar de la depresión mayor y la melancolía estamos hablando de trastornos afectivos; sin embargo, tras una revisión de la experiencia cualitativa presente en la melancolía, cabría la posibilidad de ubicarla como un trastorno diferente a la depresión mayor. De esta manera, las experiencias que presentan los pacientes melancólicos suponen un reto hacia la categoría homogénea “depresión mayor” que, durante varios años, ha sido establecida a través de criterios cuantitativos, como grado de severidad y tiempo de presentación de los síntomas; supone, en ese sentido, derrumbar la idea de un grupo homogéneo llamado “depresión” e investigar el espectro que éste abarca.

Alrededor de las posibilidades de investigación sobre el tema, cabe resaltar que, a lo largo de la revisión, las referencias a la experiencia melancólica, endógena o severa de tipo psicótico parecen ser más asequibles y específicas que las relacionadas con la “depresión”. Estas últimas presentan la dificultad de asumir la “depresión mayor” como un grupo homogéneo que no distingue entre los diferentes subtipos y, mucho menos, entre las “depresiones reactivas”. Lo anterior dificulta la comparación, en este caso, con la melancolía. En ese sentido, sería necesario incrementar las descripciones fenomenológicas de los diferentes sub-tipos de “depresión mayor”, para así darle un mayor sustento a las afinidades y diferencias entre los diversos trastornos afectivos. Igualmente, es pertinente revisar el uso que, tanto en el pasado como en la psiquiatría actual, se le da a la palabra “melancolía”. Lo anterior debido a que cabe la posibilidad de que varios autores se refieran, de vez en cuando, a fenómenos distintos, empleando la misma palabra. Éste podría ser el caso; por ejemplo, del *Typus Melancholicus* al que se hizo referencia previamente.

En este sentido, el debate sigue abierto; conocer varios puntos de vista permitiría nutrir nuestros conocimientos

(en este caso, sobre los “trastornos afectivos”), para poder llegar a construir un mejor sistema de diagnóstico y tratamiento de cualesquiera que sea el padecimiento consultado.

Referencias

- Aldo, N. (2007). *Historia de la Depresión. La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ambrosini, A., Stanghellini, G. & Langer, A. (2011). El *Typus melancholicus* de Tellenbach en la actualidad: una revisión sobre la personalidad premórbida vulnerable a la melancolía. *Actas Esp. Psiquiatría*, 39 (5), 302-311.
- Blackman, L. (2010). Embodying Affect: Voice-hearing, Telepathy, Suggestion and Modelling the Non-conscious. *Body & Society*, 16, 163-192.
- Bolwig, T. & Shorter, E. (2007). Melancholia: Beyond DSM, Beyond Neurotransmitters. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl*, 115.
- Brown, W. (2007). Treatment response in melancholia. *Acta Psychiatr. Scand Suppl*, 115, 130-135.
- Coryell, W. (2007). The facets of melancholia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 31-36.
- Enoch, M, D. & Trethowan, W, H. (1991). *Uncommon Psychiatric Syndromes*. Bristol: Wright.
- Ezquiaga, E., García, A., Díaz, M., & García, M. (2011). “Depresión”. Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiátrica*, 31 (111), 457-475.
- Fink, M., Bolwig, T., Parker, G & Shorter, E. (2007). Melancholia: restoration in psychiatric classification recommended. *Acta Psychiatr Scand*, 13 (2), 89-92.
- Fink, M. & Taylor, M. (2007). Resurrecting melancholia. *Acta Psychiatr Scandinavica*, 433, 14-20.
- Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds: A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 95-107.
- Fuchs, T. (2010). *Phenomenology and psychopathology*. En: Schmicking, D. and Gallagher, S. (eds.) Handbook

- of Phenomenology and Cognitive Science (pp, 547-573). Springer Science.
- Jackson, S. (1983). Melancholia and Partial Insanity. *Journal of the History of Behavioral Science*, 19, 173–84.
- Jackson, S. (1989). *Historia de la melancolía y de la depresión*. Londres: Ed. Turner.
- Kraus, A. (2003). How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry? En: Fulford, B., Morris, K., Sadler, J., Stanghellini, G. (eds.) *Nature and narrative*. Oxford: Oxford University Press.
- Mizushima, J., Sakurai, H., Mizuno, Y., Shinfuku, M., Tani, H., Yoshida, K., Ozawa, C., Serizawa, A., Kodashiro, N., Koide, S., Minamisawa, A., Mutsumoto, E., Nagai, N., Noda, S., Tachino, G., Takahashi, T., Takeuchi, H., Kikuchi, T., Uchida, H., Watanabe, K., Kocha, H. & Mimura, M. (2013). Melancholic and reactive depression: a reappraisal of old categories. *BMC Psychiatry*, 13, 311.
- Parker, G., Fink, M., Shorter, E., Taylor, M & Akiskal, H. (2010). Issues for DSM-5: whither melancholia? The case for its classification as a distinct mood disorder. *Am J Psychiatry*, 13 (7), 745–747.
- Perry, P. (1996). Pharmacotherapy for major depression with melancholic features: relative efficacy of tricyclic versus selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants. *Journal Affective Disorders*, 39, 1–6.
- Piguat, C., Dayer, A., Kosel, M., Desseilles, M., Vuilleumier, P & Bertschy, G. (2010). Phenomenology of racing and crowded thoughts in mood disorders: A theoretical reappraisal. *Journal of Affective Disorders*, 121, 189-198.
- Radden, J. (2008). *Moody Minds Distempered: Essays on Melancholy and Depression*. New York: Oxford University Press.
- Ratcliffe, M. (2012a). Varieties of temporal experience in depression. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37, 114–138.
- Ratcliffe, M. (2012b). Phenomenology as a Form of Empathy, Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy, 55 (5), 473-495.
- Rossi, M. (2012). *Depression: The melancholic Truth*. Psychiatry on Line. Italy.
- Sass, L. & Pienkos, E. (2013a). Varieties of self experience: A comparative phenomenology of melancholia, mania, and schizophrenia, I. *Journal of Consciousness Studies*, 20, 103-130.
- Sass, L. & Pienkos, E. (2013b). Space, time, and atmosphere: A comparative phenomenology of melancholia, mania, and schizophrenia, II. *Journal of Consciousness Studies*, 20, 131-152.
- Silber, E., Rey, AC., Savard, R. & Post, RM. (1980). Thought disorder and affective inaccessibility in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 161-165.
- Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies*. Oxford: Oxford University Press.
- Tatossian, A. (1979). *La phénoménologie des psychoses*. Paris: Masson.
- Taylor, M. & Fink, M. (2006). *Melancholia: The Diagnosis, Pathophysiology and Treatment of Depressive Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tellenbach, H. (1976). *Melancholie*. Berlin: Springer.
- Varga, S. (2013). *Cognition, Representations and Embodied Emotions: Investigating Cognitive Theory*. USA: Spriger Media.
- Varga, S. & Krueger, J. (2013). *Background Emotions, Proximity and Distributed Emotion Regulation*. USA: Spriger Media.

