



ISSN 2182-7591

Considerações Diferenciais em torno da Etiopatogenia da Depressão e da Melancolia¹

PEDRO ARMELIM ALMIRO²

Resumo

No presente trabalho serão focados os principais aspectos etiológicos da depressão e da melancolia na perspectiva psicanalítica. Como se sabe, estas perturbações apresentam uma sintomatologia similar, apesar da sua etiologia psíquica assumir formas distintas. Com recurso às interpretações de Freud, M. Klein, Bergeret e Coimbra de Matos sobre a etiopatogenia de ambas, pretende-se aqui integrar as diversas contribuições teóricas e clarificar os aspectos psíquicos subjacentes a estas patologias, com especial atenção à melancolia.

Palavras-chave: depressão, melancolia, etiopatogenia.

¹ Este artigo foi publicado em Junho de 2007 na revista brasileira Psychiatry On Line Brazil, 12(6), <http://www.polbr.med.br/ano07/art0607.php>.

² Psicólogo Clínico. Doutorando na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (psi.armelim22@yahoo.com).

Introdução

A depressão e a melancolia são perturbações que estão indubitavelmente associadas. Primeiro, porque as suas características clínicas são muito similares, ou seja, a sua fenomenologia assume contornos que são muitas vezes confundíveis para o clínico. Por outro lado, o facto do termo depressão ter emergido das concepções freudianas de melancolia, requer uma distinção clara das suas etiologias. Por último, o termo melancolia, que na teoria psicanalítica designa uma perturbação mental de natureza depressiva com características muito específicas, é comumente utilizado na linguagem corrente como um sinónimo de depressão. Por estas razões, entendemos ser pertinente centrarmo-nos nestas questões.

1. Conceptualizações sobre a Depressão

De acordo com Ballone (2002), a depressão é um termo que surgiu na psiquiatria muito recentemente, distinguindo-se da melancolia, que se pode referir a um sintoma – ao humor negativo breve –, a uma doença – a um conjunto interrelacionado de sintomas e de experiências –, ou pode ainda designar um síndrome – aos sintomas psíquicos e somáticos que se organizam num quadro clínico.

A depressão como um sintoma constitui-se numa reacção transitória face a contrariedades vivenciadas pelo sujeito como fracassos, desapontamentos e rupturas. Os estados de humor negativo breves fazem parte das perturbações emocionais, mas não de forma exclusiva. Apesar da depressão como um sintoma ter uma tonalidade negativa e de ser desagradável para o sujeito, ela é normativa e adaptativa no confronto do sujeito com os agentes stressores. Além disso, estes períodos depressivos são pouco duráveis e desaparecem com facilidade. A perturbação por eles causada não é significativa ao ponto de afectar o equilíbrio do indivíduo, sendo este capaz de os ultrapassar; é uma reacção pouco intensa.

Pelo contrário, o “síndrome” depressivo caracteriza-se pela sua persistência na afecção do humor, e os seus sintomas são duradouros e incapacitantes. Como refere Fernandes da Fonseca (1988, p.111), «a depressão apresenta-se, assim, do ponto de vista sindromático, como uma estrutura de complexidade variável, susceptível de agrupar sintomas psíquicos e somáticos, e cuja designação pode corresponder a situações psicofisiológicas e clínicas de diversa natureza e intensidade; o termo “depressão” pode servir, então, para designar, umas vezes, um estado de ânimo (indivíduo que se sente triste), outras vezes um quadro clínico

(categoria etiopatogénica ou nosográfica) e, outras ainda, uma maneira de ser e de sentir (personalidade depressiva)».

A sintomatologia da depressão é muito variada e tem uma expressão subjectiva. Existe, segundo Ballone (2002), uma tríade de sintomas básicos que são fulcrais na compreensão da sua fenomenologia: o sofrimento moral, a inibição global do organismo e a redução do campo vivencial. O sofrimento moral é uma consequência da auto-estima baixa, constituindo um fenómeno marcante e desagradável na trajectória depressiva. Trata-se de um sentimento de auto-depreciação, de auto-acusação, de inferioridade, de incompetência, associado a culpa, rejeição, fraqueza, fragilidade. Por sua vez, a inibição global do organismo caracteriza-se por uma lentificação dos processos psíquicos e físicos na sua globalidade – astenia, apatia, desinteresse e falta de motivação (repercute-se na dificuldade em suportar tarefas elementares do quotidiano e em tomar decisões). A redução do campo vivencial, por fim, diz respeito à anedonia, que se caracteriza pela perda progressiva do prazer do sujeito em tarefas que anteriormente eram apazíveis.

Como refere Fernandes da Fonseca (1988), o sintoma predominante em todos os quadros depressivos é a denominada *tristeza patológica*, que se caracteriza por um estado patológico de abatimento associado à perda dos impulsos e do interesse. Nos quadros clínicos de depressão, essa tristeza assume características muito similares às da tristeza normativa, pelo que a sua origem remete sempre para a confrontação com acontecimentos de vida negativos (fontes de *stress*). No entanto, o que as distingue é o prolongamento temporal e a intensificação dos sintomas. A tristeza patológica é a consequência de um conjunto de conflitos latentes que operam na estrutura psicológica do sujeito (tristeza vital), ou que são sustentados por uma reacção exagerada da sua personalidade precipitada por acontecimentos de vida (reacção vivencial). A tristeza neurótica e a tristeza reactiva constituem o que Ballone (2002) denomina por sofrimento moral.

2. Depressão e Melancolia

Embora a melancolia e a depressão apresentem uma sintomatologia homóloga, a sua etiologia psíquica assume contorno muito distintos, quer devido ao quadro sintomatológico que as caracteriza, quer devido aos processos psíquicos que as regulam (Grinberg, 2000; Ménéchal, 2002; Amaral, 1997).

As perspectivas psicanalíticas da depressão focalizam-se na perda, real ou imaginária, do *objecto* amado, em consequência da morte, separação ou rejeição do mesmo, real ou simbólica (Bergeret, 2000; Ménéchal, 2002).

Num ensaio denominado *Luto e Melancolia*, Sigmund Freud (1917) referiu que na depressão, após a perda do *objecto*, os sujeitos se tornam frequente e injustificadamente autocríticos, nutrindo sentimentos de raiva em relação a si próprios. Eles definem-se como inúteis, sem valor, mostram-se inadequados e incriminam-se pela situação de perda.

Nas suas próprias palavras: “os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. Esse quadro torna-se um pouco mais inteligível quando consideramos que, com uma única exceção, os mesmos traços são encontrados no luto. A perturbação da auto-estima está ausente no luto; afora isso, porém, as características são as mesmas”. Neste texto, o autor aponta para a necessidade de clarificar o conceito de melancolia, uma vez que esta, na sua concepção, assumia várias formas clínicas. A sua integração no conceito de melancolia não estaria devidamente delineado, nem mesmo pela psiquiatria descritiva (Freud, 1917, 1957).

Braconnier (2000, pp.144-145) refere que «o *objecto* surge na teoria freudiana a propósito dos efeitos da sua perda; (...) a relação que liga o *objecto* à melancolia constitui também uma perda para o Ego; isto mostra bem que o Ego é alimentado pelo *objecto*, que faz parte da sua estrutura, ao ponto que esse Ego possa querer suprir essa carência – na altura da perda – identificando-se com ele».

Com efeito, o sujeito deprimido tenta lidar com a perda do *objecto* perdido introjectando-o simbolicamente como se de uma parte do Ego se tratasse, experienciando continuamente sentimentos de carácter ambivalente: o sujeito pode amar um *objecto* perdido, mas, simultaneamente, sentir ira em relação a ele. No entanto, quando tal acontece, os sentimentos negativos associados ao *objecto* tornam-se voltados para o Ego, sendo que o factor crucial é a raiva internalizada e o evento desencadeante a perda do *objecto* (Freud, 1917, 1957; M. Klein, 1968).

Numa outra perspectiva, M. Klein (1969) afirma que pensar a depressão em termos de relação *objectal* implica equacioná-la de acordo com a qualidade da relação materna durante o primeiro ano de vida, pelo que a trajectória tomada no desenvolvimento do aparelho psíquico assume um papel fulcral. Na *posição esquizoparanóide* (0-4 meses), o seio materno é o

primeiro objecto pulsional e reveste-se de grande valor afectivo, permitindo ao bebé projectar simultaneamente na mãe sentimentos de ódio e de amor, conforme ela satisfaz ou não os seus desejos. Por meio da *clivagem*, a criança divide o seio materno em bom e mau objecto. O *bom seio* é aquele que satisfaz as suas necessidades e que é investido positivamente, como fonte de amor, segurança, preservação e bem-estar. Ao invés, o *mau seio* é aquele que constitui uma fonte de frustração, decepção e ameaça, suscitando ódio e uma raiva de destruição.

Assim, a ambivalência ódio-amor projectada num mesmo objecto vai determinar a qualidade da relação mãe-filho que, através do bom ou do mau objecto, é explicada pela dualidade do sistema pulsional no qual coexistem pulsões opostas: as pulsões amorosas positivas (*Eros*) e as pulsões de destruição negativas (*Thanatos*).

Como consequência da clivagem do seio, o bebé vive num mundo eminentemente ameaçador e de natureza conflitual, que advém da não-consciencialização global dos objectos pulsionais. Estes aparecem-lhe de forma parcial, não só devido ao facto do objecto se apresentar clivado, como também por causa do seu Ego se encontrar ainda clivado nesta fase.

Deste modo, a consolidação da diferenciação psíquica, característica da posição esquizoparanóide, consiste em tirar para fora de si os maus objectos e incorporar em si os bons, permitindo-lhe aceder à *posição depressiva* (4-12 meses). Tal processo é possível através da *projectão* e da *incorporação-introjecção*. Contudo, se a incorporação se der em relação ao mau objecto, o tipo de angústia é o de fragmentação, uma vez que o bebé sofre uma ameaça da pulsão de morte – este é precisamente o processo que caracteriza a melancolia.

Na *posição depressiva*, a criança consciencializa-se de que a mãe é um ser diferente dela, que é total e autónoma, e como tal existe a possibilidade de a perder – este é um processo que tem lugar por meio de uma diferenciação nas representações do *Self* e da mãe. O sentimento de ameaça de perda e a instabilidade que se gera em torno da principal relação afectiva constitui a principal fonte de angústia; daí que o desmame e as separações sejam causadores de um sofrimento insuportável, instaurando nela o medo de perder o objecto amado – a *mãe fantasmaticada*. Nesta fase de desenvolvimento, a criança apercebe-se da inevitável precariedade da relação objectal e vive os fantasmas de abandono e de separação (M. Klein, 1968, 1969; Segal, 1975; Braconnier, 2000; Richard, 2001).

Por conseguinte, M. Klein (1969, 1996) sugere que, quando a experiência infantil com a mãe não promove sentimentos de bem-estar, de amor e de segurança, a criança torna-se incapaz de ultrapassar a ambivalência face aos objectos amados. Tal facto impele para um risco iminente de experienciar um episódio depressivo, já que a predisposição para a

depressão resulta do fracasso precoce em ultrapassar os medos depressivos e as ansiedades, bem como em estabelecer um bom nível de auto-estima.

De acordo com Dubor (1998), existem dois estilos educativos que podem originar o funcionamento patológico referido por M. Klein (1969): um, caracterizado por uma mãe hiperprotectora, que não permite à criança aceder ao desejo, uma vez que ela (a mãe) está sempre presente, provocando na criança uma supressão da motivação para o atingir; outro, caracterizado por uma mãe ausente, que não permite à criança ligar “a espera penosa e as representações do objecto desejado”.

3. Estrutura Melancólica da Personalidade e Depressão

Como refere Jean Bergeret (2000), a *estrutura melancólica* da personalidade é intermediária em relação à *estrutura esquizofrénica* e à *estrutura paranóica*. Contudo, a melancolia ocupa um lugar completamente à parte da *classificação estrutural psicótica*, na medida em que a sua etiologia é bem distinta da das perturbações psicóticas – estas asserções baseiam-se na sua Teoria Estrutural da Personalidade, em que o autor distingue personalidade psicótica e personalidade neurótica, referindo o conceito de estrutura da personalidade (cf. Bergeret, 2000).

A estrutura melancólica é caracterizada por uma deterioração regressiva referente em simultâneo ao Ego e à libido, o que a diferencia das estruturas esquizofrénica e paranóica que consistem numa fixação arcaica no Ego e na libido.

A melancolia corresponde, do ponto de vista tópico, a uma falha do Ego e a uma falha do Ideal do Ego conjuntamente. Do ponto de vista económico, ela implica uma regressão, como consequência da activação da falha narcísica, aos estados pré-genitais oral e anal. E o tipo de angústia que a caracteriza é a *angústia de fragmentação* (caracterizadora das psicoses), mas esta conserva ainda elementos da sua evolução anterior como a ansiedade anaclítica e fóbica. Neste sentido, o sentimento de que o objecto está perdido constitui agora uma ameaça imediata de fragmentação, enquanto que na fase posterior (não psicótica) a angústia se refere ao risco de perda de objecto – esta caracteriza a depressão (Dubor, 1998; Chartier, 1998; Bergeret, 2000; Braconnier, 2000; Ménéchal, 2002).

Bergeret (2000, p.91) enfatiza que na melancolia «os mecanismos de defesa são representados primeiro (...) pela *recusa da realidade*, mas uma recusa secundária de uma parte da realidade que já tinha podido ser reconhecida anteriormente, antes de se encontrar defensivamente recusada quando a estruturação psicótica, na última fase, se revelou

completamente acabada; a *introjecção* veio então apoiar a *recusa*; (...) os fantasmas estão ligados ao luto do objecto, luto impossível de realizar, e aos afectos agressivos que acompanham a *introjecção*».

A *depressão* caracteriza-se, contrariamente à melancolia, pela possibilidade do sujeito realizar o *trabalho de luto*, o qual, como foi referido por Freud (1917, 1957), depende crucialmente do teste de realidade. Durante o luto, é necessário um certo tempo para que o comando do teste de realidade seja executado convenientemente. Quando este estiver concluído, o Ego terá conseguido libertar a sua libido do objecto perdido, sendo que as lembranças e expectativas que ligam a libido ao objecto, que eram hiper-investidas, são trazidas à tona, obtendo-se então um desligamento da libido em relação a ele.

Esta posição é partilhada por M. Klein (1996, 1969), mas a autora acrescenta que, além da ligação íntima entre o teste de realidade e o luto, existe também uma ligação profunda entre estes e os processos arcaicos da mente. Isto porque a criança passa por estados mentais comparáveis ao luto do adulto, onde o teste de realidade se constitui num método fulcral que ela emprega para superar os seus estados de luto. Com efeito, no melancólico, o luto arcaico será sempre revivido ulteriormente (Grinberg, 2000).

Freud (1917) refere que a melancolia se constitui também como uma reacção à perda de um objecto amado, mas esta difere por se tratar de uma perda imaginária onde o objecto talvez não tenha realmente desaparecido, mas sim que esteja perdido enquanto objecto de amor. Embora a perda seja factual, não é possível saber claramente o que foi perdido, sendo que o sujeito não pode receber conscientemente o que perdeu. Isto porque a melancolia está relacionada com uma perda objectal retirada da consciência. No luto, nada existe de inconsciente a respeito dessa perda.

Por conseguinte, na depressão verifica-se que a inibição e a perda de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho do luto no qual o Ego é absorvido, enquanto que na melancolia a perda desconhecida resultará num trabalho interno semelhante responsável pela inibição melancólica. A diferença consiste no facto da inibição do melancólico ser obscura, uma vez que não é possível ver o que é que está na origem desta absorção do Ego. Na melancolia, existe uma diminuição maciça da auto-estima, um empobrecimento do Ego, que não está presente no luto, isto porque, enquanto que no luto é o mundo que se torna pobre e vazio, na melancolia é o próprio Ego que é pobre e vazio.

4. Aspectos Diferenciais da Etiologia Depressiva

Como refere Coimbra de Matos (2001), a depressão, do ponto de vista dinâmico, deve ser considerada como uma *depressão reactiva*, a depressão normal, ou o fenómeno de luto, que se caracteriza pela reacção de uma personalidade de estrutura genital ou pós-edipiana à perda de um objecto privilegiado. Esta está associada à *depressibilidade* do sujeito e é sinal de saúde mental. A *depressibilidade* é um conceito definido por este autor e traduz a qualidade do sujeito de se poder deprimir, de ser depressível, isto é, de ser capaz de fazer o trabalho de luto.

Pode ser uma *depressão patológica*, a qual nem sempre atinge o grau psicótico da melancolia, a sua problemática é expressa pela natureza narcísica dos laços objectais que sustentam a depressão: o objecto é investido pela *libido narcísica*, tratando-se de um objecto narcísico, o que se repercute numa intolerância e susceptibilidade intensa à perda do amor e da protecção desse objecto. A angústia caracteriza-se pelo facto do sujeito sentir que, ao perdê-lo, de forma real ou imaginária, se destaca e se afasta de uma parte essencial de si mesmo, uma vez que o objecto é um prolongamento do próprio Ego – depressão narcísica. A desfeita narcísica provoca um sentimento de humilhação e de raiva, que desencadeia, por sua vez, uma atitude de afastamento ou abandono do objecto de amor (de investimento narcísico, mais do que libidinal), instalando-se um estado depressivo no sujeito, que tende para a cronicidade. Esta depressão não é causada por uma perda accidental, não tem o tom do afecto do luto nem a culpabilidade da depressão melancólica ou do luto patológico. Trata-se de uma dor psíquica, de uma “ferida” que corrói a auto-imagem e a auto-estima.

A denominada *depressividade* reflecte um conflito com os “introjectos”, acarretando «uma constante situação de esmagamento do *Self* e esgotamento do Eu (...)» (p.47) num esforço defensivo contínuo para não se deixar deprimir. Este tipo de depressão é o que caracteriza a personalidade *borderline*.

Discussão e Conclusão

A literatura científica centrada na nosografia das perturbações do espectro depressivo não deixa transparecer os aspectos diferenciais, de natureza etiopatogénica, que se encontram subjacentes à depressão e à melancolia (cf. DSM-III, 1980; DSM-III-R, 1987; DSM-IV-TR, 2002; ICD-10, 1992). Neste sentido, as designações de Depressão Psicótica e Depressão

Neurótica são as que melhor se ajustam a esta problemática, apesar de actualmente não serem adoptadas.

A Depressão Psicótica tem sido denominada por endógena, endogenomórfica, melancólica, biológica ou nuclear, e enfatiza os aspectos hereditários da depressão. Trata-se de um tipo de depressão mais severa e persistente, onde a preponderância dos sintomas biológicos é evidente. A Depressão Neurótica, por sua vez, tem sido mencionada como reactiva, ansiosa ou como uma depressão decorrente das personalidades perturbadas; é mais moderada e desenvolve-se por uma reacção aos factores de *stress* ambientais e a partir das vulnerabilidades inerentes à personalidade (Bucher, 1979; Paykel, 1985; Amaral, 1997, Ballone, 2002).

De facto, o que as perspectivas psicanalíticas nos fornecem é uma caracterização etiológica das perturbações depressivas, onde a Depressão Psicótica engloba a melancolia e as depressões bipolares (anteriormente denominadas apenas por psicose maníaco-depressiva), na sua fase depressiva (oposta à fase de mania) (Dubor, 1998; Ménéchal, 2002; Assoun, 2002) – no DSM-IV-TR, a natureza desta fase depressiva, presente nas Perturbações Bipolares, é indiferenciada da da Perturbação Depressiva Major, uma vez que o que a caracteriza é simplesmente a presença de um ou mais Episódios Depressivos Major (que no caso das Perturbações Bipolares se associa à presença de um ou mais Episódios Maníacos, Hipomaniacos ou Mistos) –, e a Depressão Neurótica as depressões reactivas, originadas a partir de acontecimentos indutores de *stress* (acontecimentos de vida negativos), que remetem para os quadros depressivos sob a denominação de Perturbações do Humor no DSM-IV-TR, bem como para a sintomatologia depressiva associada às Perturbações da Personalidade (assumindo neste último caso outros contornos) (Dubor, 1998; Chartier, 1998; Ménéchal, 2002; APA, 2002).

Para concluir, na perspectiva desenvolvimental de M. Klein a melancolia tem a sua origem na fase final da posição esquizoparanóide (0-4 meses), utilizando mecanismos de defesa mais arcaicos do que a depressão, mas não tão arcaicos como os das psicoses – estrutura melancólica –, enquanto que a depressão se originaria apenas a partir da posição depressiva, em que já há uma diferenciação nas representações do *Self* e da mãe e, por consequência, um medo de perder o objecto de amor – estrutura neurótica.

Bibliografia

- Amaral, A. (1997). *Alterações circadianas na depressão*. Dissertação de Mestrado, não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra: Coimbra.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ªed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ªed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Assoun, P.L. (2002). *A metapsicologia* (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ballone, G. (2002). Depressão. Retirado da Web no dia 15 de Junho de 2005 (<http://www.psiqweb.med.br/deptexto.html>).
- Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica* (3ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Braconnier, A. (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise* (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bucher, R. (1979). *Depressão e melancolia: estrutura e classificação dos estados depressivos*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Chartier, J.P. (1998). Estruturas neuróticas. In J. Bergeret (Ed.), *Psicologia patológica: Teórica e clínica* (1ª ed.) (pp.155-190). Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Collette, A. (1971). *Introdução à psicologia dinâmica: Das teorias psicanalíticas à psicologia moderna*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Dubor, P. (1998). Estrutura psicótica. In J. Bergeret (Ed.), *Psicologia patológica: Teórica e clínica* (1ª ed.) (pp.191-218). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fernandes da Fonseca, A. (1988). *Psiquiatria e psicopatologia* (1ªed.) (Vol.II). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Freud, S. (1917). *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos* – Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.XIV). Rio de Janeiro: Imago Editora / Edição Eletrônica.
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol.XIV, 1914-1916, pp.237-260). London: The Hogarth Press / The Institute of Psycho-Analysis.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão* (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Klein, M. (1968). *L'amour et la haine: Le besoin de réparation*. Paris: Payot.

- Klein, M. (1969). *La psychanalyse des enfants*. Paris: PUF.
- Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (1ªed.). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1985). *Vocabulário da psicanálise* (6ªed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Ménéchal, J. (2002). *Introdução à psicopatologia* (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paykel, E. (Ed.) (1985). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Richard, M. (2001). *As correntes da psicologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- World Health Organization (1992). *ICD-10: Manual of International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization.

Como citar este artigo:

Almiro, P.A. (2011). Considerações Diferenciais em torno da Etiopatogenia da Depressão e da Melancolia. *Revista E-Psi*, 1 (1), 12-22.