

**OBSERVACIONES PRELIMINARES ACERCA DE LA DEPRESION
EN EL PACIENTE MENTAL SIN TECHO**

*Por JOSE D. ARANA **

R E S U M E N

Una revisión de 104 historias clínicas de pacientes sin techo pudo confirmar informes previos acerca de las características de desventaja socioeconómica y de aislamiento social predominantes en esta población. Treinta y cuatro por ciento de los pacientes recibió un diagnóstico de ingreso de depresión. Sin embargo, ninguno de estos pacientes conservó ese diagnóstico al momento del alta. Se discuten las razones que podrían explicar esta discrepancia.

S U M M A R Y

A chart review of 104 inpatient admissions of homeless mentally ill confirmed previous reports concerning disadvantage and disaffiliation. Thirty four percent of the patients were admitted due to a depressive syndrome. However, none of them received a discharge diagnosis of depression. Possible reasons for this discrepancy are discussed including the possibility that demoralization may account for it.

PALABRAS-CLAVE: Pacientes sin techo, depresión, desmoralización.

KEY WORDS : Homeless mentally ill, depression, demoralization.

* Profesor Asociado del Departamento de Psiquiatría, Universidad de Maryland.
Director Clínico, Centro de Salud Mental Walter P. Carter, Baltimore.

Es concebible que las condiciones de privación y desventaja socioeconómicas experimentadas por el paciente mental sin domicilio fijo den lugar a que muchos de ellos desarrollen sentimientos de desamparo e impotencia, así como cierta desazón no específica que algunos han dado en llamar "desmoralización". En esta comunicación se presenta ciertas observaciones clínicas preliminares concernientes a un grupo de pacientes mentales sin domicilio fijo (PMSDF), las cuales parecen sugerir la necesidad de considerar la "desmoralización" como un parámetro en la comprensión y manejo de estos pacientes.

OBSERVACIONES PRELIMINARES (TABLA I):

Las observaciones que aquí se señalan están basadas en una revisión de 104 historias clínicas perteneciente a hospitalizaciones en un Centro de Psiquiatría Comunitaria afiliado a una Universidad. Dado que no se había establecido una confiabilidad entre los psiquiatras que formulaban el diagnóstico, estas observaciones pueden dar lugar solamente a sugerencias para estudios futuros. En todos los casos, la documentación clínica registrada en la documentación apoyaba los diagnósticos así como los tratamientos suministrados.

De los 104 pacientes, 36.53% fueron admitidos voluntariamente y 42.30% involuntariamente. Se notó que las razones de admisión podían agruparse en cuatro categorías generales: *Antisocial*: 37.5% ("echar desperdicios, hurtos, vagabundismo", etc.), *Depresión*: 34.61% (síntomas depresivos, ideas suicidas, etc.); *Psicótico*: 15.38% ("hablar irracionalmente, gritar obscenidades en la calle, conducta alucinatoria", etc.) y *Agresivo*: 12.5% ("robo, asalto a mano armada, amenaza de matar", etc.). El 75% de los pacientes tenía entre 18 a 19 años de edad; los negros (58.64%) estaban sobrerrepresentados en relación a la población general y los hombres tanto blancos como negros predominaban en el grupo (61.53%).

Los pacientes sin compañero (por ejemplo, solteros, separados, divorciados y viudos), constituían el 92.3%. Todos los pacientes carecían de empleo.

La media y la mediana respecto a días de hospitalización era 44.8 y 37.5 días respectivamente. Los pacientes que tuvieron un diagnóstico de abuso de sustancias representaron más de la mitad del grupo (50.96%) y, 30.77% de ellos llevaban también un diagnóstico de enfermedad mental. La esquizofrenia fue diagnosticada en el 25.96% de los casos. Solo se diagnosticó depresión en un solo caso en el momento de alta. Otros diagnósticos de alta incluyen enfermedad bipolar (mixta, manía y atípica): 15.38%, enfermedad esquizoafectiva (5.76%) y retardo mental (3.85%). Además, más del 13% de los pacientes recibieron el diagnóstico de trastorno mixto de la personalidad, lo cual incluía generalmente rasgos antisociales. Se dieron diagnósticos de personalidades antisociales y limitrofes, al 8.65% y 7.69% de los pacientes, respectivamente.

La mayoría de los pacientes (77.88%) firmaron consentimiento para participar en la formulación de un plan de tratamiento post-hospitalario. El 28%

de ellos retornaron a vivir con la familia o con amigos. Se pensó que la mayoría de los pacientes cumplirían las recomendaciones terapéuticas, de manera que solo el 10.5% de ellos fueron puestos en medicamentos de depósito al momento de alta. Se prescribieron antidepresivos tan sólo para el 2.88%, a pesar de que cerca del 35% de ellos habían sido admitidos con un síndrome depresivo. De un total de 68 pacientes que fueron dados de alta rutinariamente a la comunidad, se refirieron 28 a las clínicas de Consulta Externa del propio centro de psiquiatría comunitaria. De ese grupo de 28 pacientes, 75% mantuvo su primera cita y el 40% estaba aun en tratamiento activo cerca de dos años después de la hospitalización. Solamente el 10% de todos los pacientes no había tenido ninguna hospitalización previa. Casi la mitad del grupo había tenido por lo menos tres admisiones, incluyendo 25.96% que tenía siete o más hospitalizaciones.

Como se señaló anteriormente, el 34.6% de los pacientes tuvo como razón de admisión un síndrome depresivo. Esta categoría incluyó síntomas de tristeza, desesperanza, desamparo, ideas suicidas, etc. De todos ellos sólo uno recibió sin embargo el diagnóstico de depresión en el momento de alta.

En la Tabla II se muestra una comparación de los pacientes del grupo "depresivo" con todos los demás de este grupo de PMSDF. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en todas las características que se muestran en la Tabla II. Así, el grupo de pacientes "deprimidos" incluía mucho más admisiones voluntarias y predominaban los blancos en vez de los negros. También incluía más casos de abuso de sustancias, más trastornos de la personalidad tanto limítrofes como mixtos y su estadía en el hospital llevó sólo la mitad de tiempo que el resto de PMSDF. La mayoría de pacientes en este grupo no recibió medicación al momento de alta. Además, este grupo tuvo casi el doble de altas en contra de la opinión médica que los pacientes no "deprimidos".

Las características no mostradas en la Tabla II también se compararon pero no se encontró diferencia significativa.

DISCUSION

Las características generales observadas en esta muestra corresponden a observaciones previas concernientes a la presencia dentro del PMSDF de desventaja socioeconómica y desafiliación social. Más de un tercio de los pacientes llegaron al hospital luego de cometer faltas menores, lo que podía ser un ejemplo de lo que se ha llamado la "criminalización de los patrones de subsistencia" (1).

Muchos de estos pacientes mostraron una tendencia a buscar tratamiento y a seguir las recomendaciones terapéuticas, lo que a primera vista parece estar en contraste con la falta de armonía que se ha reportado entre las necesidades del PMSDF y los servicios asistenciales que usualmente se les ofrece (2).

El hecho de que tan sólo el 25.96% de los pacientes recibieron el diagnóstico de esquizofrenia, esta de acuerdo con otros trabajos que indican que los

PMSDF más severamente enfermos y crónicos generalmente no buscan los servicios de salud mental (3). Así también, PRIEST (4) encontró una prevalencia menor de esquizofrenia en una población clínica (de hospitalizados y no hospitalizados) que en una población no clínica. MOWBRAY *et al.* (5) encontraron que tan sólo el 28.6% de 35 pacientes hospitalizados recibieron el diagnóstico de esquizofrenia. Las comparaciones entre las escasas referencias existentes acerca del PMSDF hospitalizado, se hacen difíciles debido a diferencias de nomenclatura. Se exagera por ejemplo cuando se consideran reportes de otros países tal como el de BORQS/PICHENE'S (6), que señala 14% de "delirios crónicos". En todo caso, cabe recordar que también se ha señalado que algunos de los PMSDF siguen un curso deteriorante a pesar de haber recibido tratamiento Psiquiátrico hospitalario (7).

En relación a los pacientes considerados inicialmente como "deprimidos", es posible que ese contacto inicial hubiera sucedido sobre la base de una "reinterpretación" de la asistencia que ofrecía el hospital, de tal manera que los pacientes podrían haber estado buscando no una atención psiquiátrica sino más bien la satisfacción de necesidades fundamentales (8). Si ese hubiera sido el caso, y si las verdaderas motivaciones hubieran podido ser reconocidas a tiempo, se podría haber utilizado disposiciones alternativas a la hospitalización. Ciertamente se debe pensar en la posibilidad de estudiar mejor este síndrome depresivo inicial a fin de elucidar todas las causas posibles que lo expliquen.

Con frecuencia, es difícil sopesar las motivaciones verdaderas que llevan los pacientes al tratamiento. Como se sugería arriba, el hospital puede representar para el PMSDF un vehículo para realizarse en la sociedad, un medio para renovar relaciones con otros seres humanos o de adquirir otra vez un papel, un *status* (6). Sin embargo, aún cuando existieran tales ganancias secundarias, ellas no serían necesariamente incompatibles con la existencia simultánea de un padecimiento auténtico.

FRANK (9), DOHREWEND (10) y otros han postulado el concepto de "desmoralización" como un indicador no específico de malestar psicológico, similar a la temperatura corporal. La "desmoralización" sugiere que "algo está mal" y puede presentarse en una variedad de circunstancias. DE FIGUEREIDO y FRANK (11), al formular observaciones que podrían aplicarse también al PMSDF, postulaban que la combinación de desazón con poco apoyo social y con un sentimiento subjetivo de incompetencia da lugar, generalmente, a la "desmoralización". Algunos sostienen que la "desmoralización" es desindistinguible clínicamente de la depresión (12), en tanto que otros (13) han sugerido que la "desmoralización" puede más bien indicar una depresión crónica o una distimia crónica.

La literatura acerca de enfermedad mental en el PMSDF ha señalado con frecuencia la presencia de depresión y, en por lo menos un caso, de "desmoralización" (14). No es siempre fácil, sin embargo, discernir, de tales estudios,

a qué tipo de trastorno afectivo se está aludiendo. Además, la composición y la fuente (clínica o no clínica) de la muestra varía ampliamente. Estas variaciones explican en mucho la amplia gama de resultados encontrados (Tabla III). Así, las comunicaciones acerca de trastornos afectivos en poblaciones no clínicas van del 2% (3) al 73.3% (18). Se advierte menos variación en las muestras clínicas. Así PRIEST (4) señala 16% de depresiones, GELBERG (7), 23% al 37%, en términos de ideas o intentos suicidas en pacientes ambulatorios. En pacientes hospitalizados, los hallazgos han variado del 0.96 (16) al 11.4% (5). La variedad de resultados, particularmente en las poblaciones no clínicas, sugiere que se podría quizá intentar una distinción más acusada entre un diagnóstico más concluyente de depresión y otros relativos a otras condiciones, por ejemplo, la "desmoralización" que incluye síntomas depresivos, pero que no constituye un síndrome clínico *per se*.

Además, un diagnóstico diferencial tendría que considerar otras condiciones clínicas. Por ejemplo, en el grupo depresivo señalado aquí, los pacientes mostraron más rasgos antisociales y limítrofes que en el resto de PMSDF. Las conductas antisociales pueden corresponder, a veces, a mecanismos subyacentes neuróticos o depresivos (22, 23). Además, pacientes antisociales expuestos a experiencias (comunes entre los sin techo) que los hacen sentir inadecuados o débiles, pueden desarrollar reacciones depresivas (24). Para algunos autores (25) los pacientes limítrofes no difieren significativamente de los controles en términos de trastornos afectivos. Para otros, un porcentaje grande de éstos sufren en realidad de desórdenes del afecto (26). Además, se debe tener en cuenta que la sociopatía y el alcoholismo (junto con la esquizofrenia) parecen ser los diagnósticos psiquiátricos que están asociados con más frecuencia a la depresión secundaria en los servicios de hospitalización (27). Más aun, parece que la encefalopatía alcohólica crónica compromete primariamente las funciones del lóbulo frontal, causando un déficit que puede remitir parcial o completamente si los pacientes permanecen abstinentes (28). Sería entonces concebible que algunos de los PMSDF, que son alcohólicos crónicos, desarrollen un síndrome pseudodepresivo que sería la expresión de una encefalopatía tóxica del lóbulo frontal. Sin embargo, no se ha demostrado concluyentemente la posibilidad que el alcohol cause depresión, a pesar de la incrementada incidencia de depresión entre los alcohólicos (28). De otro lado, los pacientes de esta muestra podrían también haber mostrado un síndrome depresivo de abstinencia (29).

En relación a esto último, KAUFMAN (30) ha sostenido que muchos de los trastornos que afectan al PMSDF "tienen, en parte, una base biológica, y que ello hace que el individuo tenga una mayor vulnerabilidad al estrés ambiental". KAUFMAN encuentra que para tres de los desórdenes frecuentemente diagnosticados entre el PMSDF (esquizofrenia, alcoholismo y enfermedad bipolar), existe alguna evidencia "sugere de disfunción específica de la corteza del lóbulo prefrontal". A este respecto, cabe mencionar que un estudio autopsico

de 169 cerebros de vagabundos demostró que el 27% de ellos había sufrido contusiones del lóbulo frontal que habían permanecido no identificadas clínicamente (31). De otro lado, se sabe que las lesiones del lóbulo frontal están correlacionadas con dos tipos de cambios de personalidad: los "pseudodeprimidos" y los "pseudosicopáticos", además de una mixtura de ambas condiciones que quizás sea más común que los tipos puros (32). VEITH (33) describe también lesiones microscópicas en 89% de 63 cerebros pertenecientes a "vagabundos". Parecería entonces que vale la pena investigar más la medida en la que las lesiones cerebrales del PMSDF permanecen clínicamente ocultas. Es concebible, pues, que en algunas ocasiones, la "depresión" y aún la conducta sociopática del PMSDF sea por lo menos parcialmente atribuible a una disfunción del lóbulo frontal.

Puede entonces verse que un diagnóstico inicial de "depresión" en esta población requiere un esfuerzo diferencial. La definición misma que se da a la "desmoralización" incluye características tales como desesperanza, sentimiento de desamparo, angustia y tristeza (10). Desde este ángulo, puede recordarse que hay situaciones existenciales, como las que JASPERS llamaba situaciones "límite" (34) en las que el individuo se ve obligado a encarar el significado de subsistencia y que lo lleva muchas veces a experimentar cierta desesperanza y le retardan el camino hacia la autorrealización. Los sentimientos de desamparo y la desesperanza son también componentes frecuentes de lo que se ha llamado el "complejo de rendición" ("giving-up complex"), que SCHMALE relaciona con la depresión (35). Aquí se pierde "el sentimiento de autonomía, la motivación para perseguir las propias metas, frecuentemente con la idea que las cosas no van a cambiar nunca y que, por consiguiente, no hay razón para seguir haciendo esfuerzos". De un modo similar, BIBRING (36) entendía que problemas de autoestima, que suscitan sentimientos de desamparo e impotencia, pueden ser expresados emocionalmente como una depresión. No hay duda que los PMSDF están sujetos a experiencias que recortan su autoestima. Se sabe que en su existencia marginal están expuestos a los efectos extenuantes de privación severa y persistente y de desventaja socioeconómica. A este respecto FRIED (37) también ha sugerido que el estrés endémico o crónico se relaciona con frecuencia a "formas subclínicas de depresión, desamparo e impotencia". A menudo, los PMSDF carecen de redes de apoyo. Además, sus mecanismos para habérselas con el estrés están quizá debilitados en el caso de abuso de sustancias. En todo caso, los trastornos de adaptación con humor depresivo no se presentan con un solo tipo de síntomas depresivos sino que, más bien, los factores estresantes suelen dar lugar a más de un tipo de cuadro depresivo (38).

COMENTARIOS FINALES

Por lo menos a un nivel especulativo puede sugerirse que cuando el PMSDF presente un cuadro inicial depresivo, ello merece un escrutinio cuida-

doso, de manera de poder ofrecer una intervención que sea pertinente. Además parecería que el concepto de "desmoralización" podría tener alguna aplicabilidad en tal diagnóstico diferencial. Todo esto no hace sino confirmar, en primer lugar, lo heterogéneo de esta población, y en segundo, la necesidad que se efectúen más investigaciones clínicas del PMSDF.

TABLA I

CARACTERISTICAS DEL PMSDF HOSPITALIZADO
(n = 104)

<i>Variable</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Razón de Admisión</i>		
Antisocial	39	39.5
Depresión	36	34.6
Psicótico	16	15.4
Agresivo	13	12.5
<i>Estado Legal Admisión</i>		
Voluntario	44	47.3
Involuntario	22	21.2
Juzgado	38	36.5
<i>Edad</i>		
40 —	82	78.83
40 +	22	21.13
<i>Raza/Género</i>		
BH	21	20.19
BM	16	15.38
NH	43	41.34
NM	18	17.30
Otro	6	5.76
<i>Estado Civil</i>		
Casado	8	7.69
Soltero	71	68.26
Sep./Div./Viudo	25	24.02
<i>Estadía Hospital. (media)</i>		
Todo el Grupo	37.5 días	
Grupo "depresión"	9.5 días	

Tipo de Alta

Rutina	68	65.30
AMA	7	6.73
Fugado	7	6.73
Juzgado	16	15.38
Transferido	6	5.76

Diagnóstico de Alta (Axis I)

Abuso de Substancias y		
Enf. Mental	32	30.77
Abuso de Subst.	21	20.19
Esquizofrenia	27	25.96
Esquizoafectiva	6	5.76
Depresión Mayor	1	0.96
Mania Bipolar	10	9.62
Mixto Bipolar	5	4.80
Retardo Mental	4	3.85
Miscelánea	12	11.54

Diagnóstico de Alta (Axis II)

Trastorno Mixto		
Personalidad	14	13.46
Antisocial	9	8.65
Limitrofe	8	7.69
Narcisista	4	3.84
Otro	8	7.69

Diagnóstico de Alta (Axis III)

Estado post trauma/cirugía	9	8.65
Infecciones (hepatitis,		
SIDA, otros)	18	17.3
Convulsiones	3	2.88
Miscelánea	25	24.02

Aceptación tratamiento para hosp.

Aceptado	81	77.88
Rehusado	7	6.73
Inaplicable	16	15.38

TABLA II
SINDROME DEPRESIVO COMO RAZON DE INGRESO
Comparación con los demás pacientes

	<i>No Deprimido</i> (n = 68)	<i>Deprimido</i> (n = 36)	
Voluntario/Involuntario	14/54	30/6	*p=0.0000
Blanco/Negro	19/40	18/15	**p=0.03771
AMA/Non-AMA	2/66	5/01	*p=0.471
Abuso de Subst./No Abuso	27/41	26/10	*p=0.0014
Desorden Mixto, Person./ No DMP	4/64	10/26	*p=0.003
Person. Limítrofe/No	2/66	6/30	*p=0.0195
Medicac. de Alta/No	68/0	11/25	*p=0.000
Medicac. Depósito I.M./No	11/57	0/36	*p=0.0069
Total Estadía (media)	41.5 días	19.5 días	***p=0.05

* Prueba Exacta Fisher

** Chi Cuadrado

*** Prueba U de Mann-Whitney

TABLA III
INFORMES ACERCA DE DESORDENES AFECTIVOS ENTRE EL PMSDF

	<i>Muestras No-Clinicas</i>		<i>Muestras Clínicas</i>			
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Ambulatorio</i>		<i>Hosp.</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Fisner (3)	51	2.0				
Priest (19)	77	5.2				
Arce (15)	193	5.6				
Sacks (16)	61	8.0				
Bassuck (17)	74	9.0				
Ritchery (18)	50	73.3				
Priest (4)			44	16.0		
Gelberg (7)			313	23.37		
Arana (20)			104	0.96		
Lipton (21)			100	6.7		
Pichene (6)			*	10.6		
Mowbray (5)			35	11.4		
* No Publicado.						

RESUME

Une revision de 104 histoires cliniques de patients "sans toit" confirme les informations avancées sur les caracteristiques de handicap Socio-économique et d'isolément prédominant dans cette population. 34% des patients furent diagnostiqués "depression" a son entrée. Cependant aucun de ces patients ne conserva pas ce diagnostic. On discute les raisons qui pourraient expliquer cette opposition.

ZUSAMMENFASSUNG

104 klinische Geschichten von obdachlosen Patienten geben aditionelle Informationen über die soziologischen Traits von solchen Patienten: es handelt sich um Patienten die zur unteren sozialen Schicht gehören und ansozialer Isolierung leiden. 34% der Fällen wurde als depressiv diagnostiziert.

REFERENCIAS

1. FISHER, P. (1988): "Criminal activity among the homeless: A study of arrests in Baltimore", *Hosp. Comm. Psychiat. J.*, 39: 46-51.—
2. BACHIRACH, LL. (1984): "The homeless mentally ill and mental health services: an analytical review of the literature". In *The Homeless Mentally Ill*, Lamb H.R. (Ed.) American Psychiatric Association Washington D.C.—
3. FISCHER, P.J. & BREAKEY, W.P. (1986): "Homelessness and Mental Health: An Overview", *International Journal of Mental Health*, 14: 6-14.—
4. PRIEST, R.G. (1976): "The homeless person and the psychiatric services: An Edinburgh Survey", *British Journal Psychiatry*, 128: 128-136.—
5. MOWBRAY, C.T., JHONSON, V.S. & SOLARZ, A. (1987): "Homelessness in a State Hospital Population", *Hosp. Comm. Psychiat. J.* 38: 880-882.—
6. PICHENE, C., NICOLAS, P., LAXENAIRE, M. & DEMOGEOT, C. (1986): "Les patients sans domicile fixe et la psychiatrie publique", *Annales Medico-Psychologiques*, 144: 494-503.—
7. GELBERG, L., LINN, L.S. & LEAKE, B.D. (1988): "Mental health, alcohol and drug abuse use, and criminal history among homeless adults", *American Journal Psychiatry*, 145: 191-196.—
8. MORRISSEY, J.P. et al. (1986): "Organizational barriers to serving the mentally ill homeless". In *Treating the Homeless: Urban Psychiatry's Challenge*, B.E. Jones American Psychiatric Press. Washington, D.C.—
9. FRANK, J. (1973): *Persuasion and Healing*. The Johns Hopkins Press, Baltimore.—
10. DOHRENEWEND, B., SHROUT, P.E., EGRI, G. & MENDELSON, F.S. (1980): "Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology", *Arch. Gen. Psychiatry*, 37: 1229-1236.—
11. DEFIGUEREIDO, J.M. & FRANK, J. (1983): "Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization", *Comp. Psychiatry*, 23: 353-363.—
12. GAVIRIA, F.M. FLAHERTY, J.A., PATHAK, D., BIRZ, S. & ALTMAN, E. "Demoralization and depression: are they related?", (Unpublished Manuscript).—
13. AKISKAL, H. (1983): "Dysthymic Disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes", *Am. J. Psychiatry*, 140: 11-20.—
14. ROSSI, P.H., WRIGHT, J.D., FISHER, G.A. & WILLIS, G. (1987): "The urban homeless: Estimating composition and size", *Science*, 235: 1336-1341.—
15. ARCE, A.A., TADLOCK, M., VERGARE, M.J. & SHAPIRO, S.H. (1983): "A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter", *Hosp. Comm.*

- Psychiatry*, 34: 812-817.— 16. SACKS, J.M., PHILLIPS, J. & CAPPELETY, G. (1987): "Characteristics of the homeless mentally disordered population in Fresno Country", *Comm. Ment. H.J.*, 23: 114-119.— 17. BASUK, E.L. (1984): "Is homelessness a mental health problem?", *Am. J. Psychiatry*, 141: 1546-1550.— 18. RITCHEY, F. (1987): "Birmingham homeless enumeration and survey project". Report presented to Roundtable meeting on the homeless. Intergovernmental Health Policy Project, George Washington University, December 14-15.— 19. PRIEST, R.G. (1978): "The epidemiology of mental illness: Illustrations from the single homeless population", *Psychiatry J. Univ. Ottawa*, 3: 27-32.— 20. ARANA, J.: "The inpatient homeless mentally ill. General characteristics and reasons for admission", (Unpublished Manuscript).— 21. LIPTON, F.R., SABATINI, A., DATZ, S.E. (1983): "Down and out in the city: The homeless mentally ill", *Hosp. Comm. Psychiatry*, 34: 818-821.— 22. KARPMAN, B. (1948): "Conscience in the Psychopath: Another Version", *Amer. J. Orthopsychiat*, 18: 455-491.— 23. SPIEGEL, R. (1974): "Anger and acting out as depressive equivalents". In *Masked Depression*, S. Lesse (ed.), Jason Aronson, New York.— 24. REID, W.H. (1978): "The sadness of the psychopathy" *Am. J. Psychother.*, 32: 496-509.— 25. FYER, M.R., FRANCES, A.J. et al. (1988): "Comorbidity of borderline personality disorder", *Arch. Gen. Psychiatry*, 45: 348-352.— 26. AKISKAL, H.S., HIRSCHFELD, R. & YEREVANI, B. (1983): "The relationship of personality to affective disorders", *Arch. Gen. Psychiatr.*, 40: 801-810.— 27. WHYBROW, P.C., AKISKAL, H.S. & MCKINNEY, W.T. (1985): *Mood Disorders Toward a New Psychobiology*, Plenum Press, New York.— 28. POTTENGER, M., MCKERNAN, J., PATRIE, L.E. et al. (1978): "The frequency and persistence of depressive symptoms in the alcohol abuse", *J. Nerv. Ment. Dis.* 166: 562-570.— 29. BEHAR, D. & WINAKUR, C. (1979): "Research in alcoholism and depression: A two-way street under construction", In *Psychiatric Factors in Drug Abuse*, B.W. Bickens & L. Heston (eds.), Grune and Stratton, New York.— 30. KAUFMAN, C.A. (1984): "Implication of biological psychiatry for the severely mentally ill: A highly vulnerable population". In *The Homeless Mentally Ill*, H.R. Lamb (ed.), American Psychiatric Association, Washington, D.C.— 31. VON CORDULA, B., STEINBACH, T.H. & SPANN, W. (1986): "Stirnhirnhafunde bei chronisch Nichtschlafstörungen", *Beitr. Gerichtl. Med.* 44: 407-412.— 32. BENSON, D.F. & BLUMER, D. (Ed.). (1975): *Psychiatric Aspects of Neurological Disease*, Grune and Stratton, New York.— 33. VEITH, G. & SCHWINDT, W. (1976): "Pathologisch-anatomischer Beitrag zum Problem der «Nichtschlafstörungen»", *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 14: 1-36.— 34. JASPERS, K. (1963): *General Psychopathology*, Manchester University Press, London.— 35. SCHMALE, A.H. & ENGEL, G.L. (1975): "The role of conservation withdrawal in depressive reactions". In *Depression and Human Existence*, E.J. Anthony & T. Benedick (eds.), Little Brown & Co., Boston.— 36. BIBRING, E. (1968): "The mechanism of depression". In *The Meaning of Despair*, W. Gayllin (ed.), Science House Inc., New York.— 37. FRIED, M. (1982): "Endemic Stress: The psychology of resignation and the politics of scarcity", *Am. J. Orthopsychiatry*. 82: 4-18.— 38. BLAZER, D., SWARTZ, M. et al. (1988): "Depressive Symptoms and Depressive Diagnoses in a Community Population", *Arch. Gen. Psychiatry*, 45: 1078-1084.