

Cuatro dilemas en salud mental

El honor de ser miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría es muy grande y el poder hablarles en esta ocasión me emociona y me llena de alegría. Cuando Alfredo Capellá y Victor Aparicio Basauri me preguntaron cual sería el tema de mi conferencia de inmediato me hice dos preguntas: la primera, ¿como hablar a colegas y amigos que durante los últimos veinte años (y quizás más) han tenido un papel innovador en el proceso de reforma de los servicios de atención psiquiátrica europeos sin la diplomática equidistancia que necesariamente caracteriza al discurso de un funcionario de las Naciones Unidas?; en otras palabras, ¿cómo dirigirme a compañeros sin renunciar a las obligaciones de mi cargo? La segunda pregunta: ¿cómo hablar de innovación a los innovadores? Mis respuestas a ambas preguntas han sido: primero, hablar con franqueza intelectual; segundo, hablar de algo que se aleje del campo de la organización de los servicios en que ellos han sido tan innovadores. Por esto hoy les voy a plantear cuatro grandes dilemas teóricos (sin embargo, con grandes implicaciones de salud pública) en los que se encuentra actualmente la psiquiatría. Y quizás algunas de las ideas que quiero presentarles podrán despertar en ustedes alguna resistencia ideológica o cultural; sin embargo, quiero cumplir con mi promesa de hablar con franqueza.

Dilema primero: Cerebro y Mente

La inútil discusión sobre la incompatibilidad entre el Cerebro y la Mente, la Naturaleza y la Educación, los Genes y el Ambiente tiende a ser cada vez menos pertinente en los círculos científicos, así como en relación con los trastornos de salud mental. Esto resulta de un mayor conocimiento de los múltiples determinantes, tanto de los trastornos físicos como mentales. De forma paradójica, esta controversia continúa generando más exaltación y pasión fuera del campo de la salud mental que entre los mismos expertos. De hecho, una visión equilibrada pone de manifiesto la posición unilateral de aquellos que favorecen la primacía de una sobre la otra: no existen dos lados, sino un sólo fenómeno complejo que necesita ser comprendido. Los investigadores

actualmente conceptualizan los trastornos mentales en poligénicos, con múltiples modelos genéticos aditivos, que incluyen sin embargo influencias no genéticas. Según observa Steve HYMAN (2000): «Aunque los genes proporcionen importantes y cruciales instrumentos de ‘análisis ascendente’ (*botton-up*) para investigar los mecanismos que conducen a la enfermedad, los sofisticados instrumentos de ‘organización descendente’ (*top-down*) proporcionados por las neurociencias integradas y las ciencias comportamentales no son menos cruciales». Sin embargo, la confusión generada por un debate anticuado puede ser peligrosa aunque siga siendo muy actual.

En primer lugar, existe una confusión entre la causa de una enfermedad y su historia natural. De hecho, el papel predominante que desarrolla uno de los factores al causar una enfermedad no implica automáticamente que el mismo factor siga teniendo un papel predominante y similar durante el curso de la enfermedad o en el resultado de ella. Los factores determinantes varían de un trastorno mental a otro. Aunque el factor social no sea una causa fundamental para la esquizofrenia, éste sí lo es en los trastornos depresivos graves de las mujeres y en el abuso de sustancias de los hombres según DOHRENWEND *et al.* (1992).

En otras palabras, el hecho que una enfermedad resulte de una causa genética o biológica, no implica en absoluto que el curso o resultado de la enfermedad dependerán exclusivamente de estos factores. Por ejemplo, el Síndrome de Down resulta de un error cromosómico, pero la función social de un niño con el Síndrome de Down será mayor si el niño vive con una familia que le da apoyo, en lugar de ser abandonado en un instituto de custodia. De forma similar, el hecho que una enfermedad se deba a causas sociales no implica que la variable biológica no tendrá influencia en el curso o como resultado de la enfermedad. El alcoholismo es un ejemplo de esto.

Es más, necesitamos una nueva generación de estudios epidemiológicos para comprender tales complejas interacciones. Según afirman HENDERSON Y BLACKWOOD: «Con ambos diseños, transversales o longitudinales, existe la oportunidad de incluir variables que reflejen exposiciones ambientales tanto en la niñez como en el pasado más reciente de la persona». Y esto hay que hacer.

La esquizofrenia es un claro ejemplo de lo anteriormente dicho. Siguiendo el modelo de Dazzan y Murray del *London Institute of Psychiatry*, la propensión de los genes y los riesgos cerebrales tempranos, más los factores psicosociales que la provocan y que actúan antes del comienzo de la enfermedad (tales como la adversidad social y el abuso de drogas), representan en conjunto los factores de riesgo de la Esquizofrenia.

En segundo lugar, existe un concepto erróneo respecto de la relación entre el cerebro y el comportamiento. El comportamiento es el resultado de complejas interacciones entre el cerebro y el entorno. Por lo tanto, la suposición que «si el cerebro es anormal, sólo los medicamentos que actúen directamente sobre el cerebro modificarán un comportamiento anormal» es simplista y falsa.

La relación cerebro-comportamiento está en un nivel complejo de organización que se modifica por diferentes estímulos. Por ejemplo, la relación cerebro-comportamiento de los niños es radicalmente modificada por las experiencias en el hogar, en la escuela y en la comunidad. De forma similar, el cerebro de una persona con una enfermedad mental puede ser influenciado tanto por la ingestión de drogas como por las experiencias cognitivas y emocionales. Según señalan AKIL Y WATSON, de la Universidad de Michigan: «Las interacciones sociales, y por lo tanto las terapias verbales, pueden cambiar la estructura del cerebro y actuar al igual que un medicamento». Y según Nancy ANDREANSEN, jefe de redacción del *American Journal of Psychiatry*: «Las enfermedades mentales pueden, en última instancia, comprenderse basándose en los mecanismos del cerebro, pero éstas afligen a los individuos que viven en contextos personales y sociales, y se debe proporcionar un tratamiento dentro de estos contextos. La comprensión de cómo surge la esquizofrenia en el cerebro no nos habilita para hablar con, y cuidar de, una persona con alucinaciones o tendencia suicidas».

En tercer lugar, existe una atrevida dicotomía entre las intervenciones terapéuticas, ya sea para un tratamiento farmacológico o psicosocial. La evidencia apunta hacia la necesidad de incluir ambas intervenciones en el cuidado de muchos pacientes. Más aún, la importancia de una u otra aumenta o disminuye durante las diferentes etapas en el curso de una enfermedad.

En las psicosis agudas, la única intervención eficaz puede ser la medicación, pero en un tratamiento a largo plazo, la función del apoyo familiar, la inserción social, la capacitación en habilidades para vivir, y el empleo representan estrategias esenciales. Se necesita un complejo y articulado paradigma para manejar las psicosis. Como señala Assen JABLENSKY (1999), en la esquizofrenia así como en otros trastornos psicóticos, estamos tratando con fenotipos complejos que no encajan con el modelo biomédico convencional de la enfermedad. Los factores epigénicos expresados en el comportamiento, la experiencia subjetiva, y las respuestas al entorno moduladas con precisión, forman componentes de un fenotipo que no puede reducirse al paradigma biomédico.

En cuarto lugar, la eficacia de un tratamiento resulta de la interacción entre la terapia que se aplica a un paciente y el entorno en el

que dicha terapia es aplicada. La amplitud del tratamiento, su modus operandi, incluyendo su complejidad y flexibilidad al ser individualizado, son variables fundamentales que influyen su curso y resultado. La heterogeneidad de los resultados indica claramente que no sólo las diferencias individuales (genéticas, biológicas, psicológicas), sino también las diferencias del entorno (entorno social y familiar) y las diferencias en la aplicación de los tratamientos (grado de aislamiento, restricciones, presencia/ausencia de apoyo psicológico) determinan dicha heterogeneidad.

Las diferencias en las tasas que se han encontrado al comparar una recuperación total de las psicosis en los países en desarrollo y desarrollados (62,7% versus 36,8%, respectivamente) pueden reflejar el hecho que las personas con una enfermedad mental que viven en medios rurales puedan ser mejor aceptadas, menos estigmatizadas, y que sea más probable que encuentren trabajo en una economía agrícola de subsistencia (WARNER, 1994). Otra marcada diferencia es que, en los países en desarrollo, las personas con trastornos mentales tienen mayor probabilidad de permanecer en la comunidad con sus familias, lo cual los protege contra el aislamiento social.

En conclusión: ¿por qué sigue habiendo confusión entre Neurociencias y Modelo Bio-médico? Negar a las Neurociencias para negar el abordaje pobre y empobrecedor del Modelo Bio-médico no es muy útil. Al contrario, existe el riesgo de reforzar la separación entre lo «bio» por un lado y lo «psico-social» por otro. Y este riesgo nos lleva al segundo dilema.

Dilema segundo: ¿qué quiere decir Bio Psico Social en realidad?

George ENGEL (1977), en un histórico artículo que apareció en *Science*, adoptó la expresión *biopsicosocial* para describir la necesidad que experimentaba la medicina de contar con un nuevo paradigma que superara el tradicional paradigma biomédico y reduccionista. Aunque hoy el adjetivo *biopsicosocial* es aceptado para definir lo que debería ser un acercamiento integral de la medicina, cada vez está más vacío de sentido y es más ritual, tanto, que FINK (1988) lo ha definido como un *schibboleth*, es decir, en la Biblia, una palabra carente de sentido usada para decir cualquier cosa. Lo aceptado en el lenguaje no necesariamente es aceptado en la acción práctica de la medicina, y de hecho el paradigma biomédico reduccionista goza de una óptima salud, mientras que el «nuevo» paradigma biopsicosocial se esfuerza por alcanzar un lugar en la realidad.

Esta escisión entre un uso ritual de nociones holísticas y una práctica médica todavía orientada fuertemente hacia el paradigma biológico es particularmente evidente en el campo tanto de la salud mental como de la psiquiatría.

Resulta interesante observar que tendemos a mantener estas dos nociones (psiquiatría y salud mental) separadas; la primera referida al modelo biomédico reduccionista y la segunda al holístico psicosocial. Esta separación artificial no permite a la psiquiatría liberarse de las restricciones del modelo exclusivamente médico. Cuando usamos el concepto de psiquiatría nos referimos implícitamente a su correlación con la enfermedad psiquiátrica pero no necesariamente al modelo biomédico. El concepto de salud mental incluye la problemática de la salud y de la enfermedad, su ecología, la utilización y evaluación de las instituciones y de las personas que las usan, el estudio de sus necesidades y de los recursos necesarios, la organización y la programación de los servicios para el cuidado y la prevención de las enfermedades y para la promoción de la salud. A la luz de estos modelos complejos también existe la afirmación de una concepción que busca superar los límites de una psiquiatría *brainless* o bien *mindless*.

El conflicto entre el acercamiento biológico y el psicológico fue particularmente evidente en los años sesenta y setenta, en los que al optimismo biologicista se oponía una aproximación psicologista que reflejaba la convicción de que los fenómenos mentales no pueden reducirse a *eventos cerebrales*. Este contraste, que parece rescatar un debate filosófico que viene de los tiempos de René Descartes, parece hoy un poco pasado de moda. Descartes proponía un modelo mente-cuerpo de tipo dual interaccionista: mente y cuerpo son entidades distintas que se influyen recíprocamente gracias a la intervención de la glándula pineal. A la posición de Descartes se opusieron filósofos como Thomas Huxley, según el cual los eventos mentales no son otra cosa que el producto determinado causalmente por la actividad somática, pero sin autonomía.

En la psiquiatría contemporánea, el acercamiento más difundido es el de la *identidad mente-cuerpo*: entre procesos mentales y procesos físicos (eventos fisiológicos y eventos psíquicos) existe una identidad sustancial. Esta identidad se traduce, de hecho, en una suerte de cohabitación pobre en intercambios entre modelos psicologicistas y modelos biologicistas, testimoniada por el profundo alejamiento cultural entre la psiquiatría de formación psicodinámica y la de formación biológica. Sin embargo, sigue abierto el problema de la integración.

El problema es en realidad más complejo, y esta complejidad fue bien sintetizada por la pregunta formulada por Eisenberg a propósito

de la enfermedad mental: *¿brain disease or problems in living?* Es decir, cuando hablamos de enfermedades mentales, ¿hablamos de trastornos del sistema nervioso central o de problemas al *vivir*? La aparente ingenuidad de la pregunta del gran psiquiatra estadounidense en realidad va más allá de la dualidad mente-cuerpo establecida en psiquiatría, proponiendo la introducción de una tercera variable, el ambiente; es decir, la interacción entre sujeto biopsíquico por un lado y *contexto* por el otro. La introducción de esta variable: es esencial para entender el problema de la salud y de la enfermedad mental.

A partir de la década de los años sesenta, con los estudios pioneros de HOLLINGSHEAD & REDLICH (1958), comienza una fase que sigue en marcha hasta hoy, en la cual, con la contribución de los métodos epidemiológicos, es documentado el papel de factores no inmediatamente relacionados con la dimensión biológica e individual de la enfermedad. El objetivo no es tanto documentar el papel etiológico directo de estos factores extrabiológicos (no existe, a pesar de los esfuerzos de los neurobiólogos, documentación de factores biológicos monocausales de las enfermedades psiquiátricas), como documentar el papel de «otros» factores de riesgo –no biológicos– en el surgimiento o evolución de las enfermedades psiquiátricas. Esquematisando la lógica de las matrices propuestas por HENDERSON (1988), podemos distinguir lo siguiente:

Factores Sociodemográficos

Sexo
Edad
Estado civil
Clase Social
Urbanización
Variables geográficas

Factores de experiencia

Separación en la infancia
Estilo de los padres
Experiencias y eventos negativos
Luto
Emociones expresadas en la familia
Desempleo
Apoyo social
Migración

Todos estos son factores que pueden tener influencia en el surgimiento de las enfermedades psiquiátricas o en la modificación de la historia natural de la enfermedad.

Los resultados del estudio ECA en Estados Unidos han documentado, por ejemplo, una mayor incidencia de depresión en el sexo femenino, y la interpretación más extendida de ellos es la existencia de una influencia de las condiciones sociales de las mujeres y del estado des-

ventajoso que adquieren durante la vida (TENNANT, 1985). RUTTER *et al.* (1975) han puesto en evidencia una relación entre urbanización y segregación familiar, desviación de los padres y dificultades escolares que influye en el surgimiento de los trastornos psiquiátricos infantiles. Otros estudios han demostrado la relación entre estrés social y daño mental. En esta línea los estudios de BROWN Y HARRIS (1978) han documentado el papel que juegan los acontecimientos vitales estresantes en la recaída de la depresión; estos autores han identificado factores de vulnerabilidad como la pérdida de la madre antes de los 10 años, la falta de intimidad con la pareja y tener en casa tres o cuatro niños menores de 15 años. Otros estudios han mostrado la relación entre las experiencias de pérdida y el surgimiento de depresión, episodios de manía y suicidio.

El modelo de las Emociones expresadas, de LEFF Y VAUGHN (1987), ha documentado el papel del contexto familiar en la evolución de la esquizofrenia y la presencia de otras emociones expresadas en la familia del esquizofrénico como factores de riesgo para la recaída. El *International Pilot Study on Schizophrenia* ha documentado el papel del contexto sociocultural en la evolución de la esquizofrenia.

En conclusión, los factores macrosociales, las diferencias culturales, los eventos externos y extremos (guerras, desastres), las condiciones socioeconómicas (desempleo, recesión económica), el apoyo social insuficiente, los ambientes psicológicos adversos, son todos factores total o relativamente independientes de las características biológicas de un individuo y, sin embargo, parecen demostrar (como está documentado por datos epidemiológicos más o menos exhaustivos y definitivos) el papel crucial de los contextos microsociales (familia) o macrosociales en el surgimiento y la evolución de muchas enfermedades psiquiátricas.

A la luz de esta masa crítica de observaciones, de datos, de hipótesis, sería un error limitarse a «sumar» la dimensión social a las dimensiones psicológica y biológica simplemente para enriquecer una lista de factores causales o de riesgo. La operación conceptual y operativa necesaria es mucho más compleja: concebir una aproximación global a la enfermedad y a la salud, donde incluso los modelos teóricos y las prácticas de tratamiento sean más complejos y no se limiten a añadir variables potencialmente implicadas en los procesos de salud y enfermedad. En otras palabras, ello implica una relación no simplemente aditiva sino interactiva entre las dimensiones biológica, psicológica y social.

Es importante aclarar de una vez por todas que el conflicto entre el acercamiento biológico, el psicológico y el social es un falso con-

flicto. Hoy, a la luz de la madurez del conocimiento de la neurobiología, la neuropsicología, la psicodinámica y la sociología sería insensato proponer un modelo de salud-enfermedad que no fuera interactivo y complejo. En fin: el conflicto real tiene lugar entre el paradigma médico y el paradigma de la salud pública.

El paradigma médico, independientemente de que conceda más o menos importancia a los aportes de la psicología o de la sociología, invade toda la psiquiatría y busca invadir también la cultura de la salud mental. Este es un paradigma fuertemente influido por el acercamiento biológico, aunque admite algunas instancias provenientes de acercamientos psicosociales. Si analizamos los tratados de psiquiatría más difundidos veremos cómo, con el pasar de los años, se ha venido añadiendo al tradicional cuerpo didáctico de la psiquiatría médica un capítulo complementario (¡que generalmente está puesto al final de los libros especializados!) que, según el caso, es definido como *psiquiatría social*, *psiquiatría comunitaria* o *proyección comunitaria de la psiquiatría*. A pesar de este encomiable esfuerzo, nos quedamos con la impresión de que la estructura teórica de la psiquiatría médica tradicional desea permanecer inmutable y sólo se ha limitado a «conceder» a la complejidad de la realidad social y a la imponente masa crítica de datos epidemiológicos y de salud pública un espacio denominado *apéndice*, como una suerte de reconocimiento tardío de la existencia de la dimensión social y comunitaria. Por otro lado, es evidente que la adopción de un modelo de salud pública modifica radicalmente la estructura completa de la psiquiatría médica.

La forma correcta de superar el eterno conflicto académico entre acercamientos separados y autoexcluyentes, sin por ello proponer integraciones meramente «rituales», es discutir el conflicto real que, como dijimos, no es entre modelos explicativos de la enfermedad mental (y de la salud), sino entre paradigmas operativos: el paradigma biomédico por un lado y el de salud pública por el otro.

Con frecuencia tendemos, sobre todo para evitar la verdadera confrontación, a utilizar el paradigma de salud pública cuando hablamos de salud mental y a utilizar el paradigma bio-médico cuando nos referimos a psiquiatría. Ya hicimos notar que la separación entre estas dos dimensiones es extremadamente peligrosa. La separación entre sujetos y acciones orientadas a la salud mental y sujetos y acciones orientadas a la enfermedad mental alimenta las actitudes de una comunidad –y de todos los servicios de salud que incluye– que delega la enfermedad mental a la psiquiatría, así como las actitudes de una psiquiatría –y de todos los servicios especializados que ella incluye– que delega las necesidades psicosociales del paciente psiquiátrico a la comunidad.

Podemos decir que la separación entre salud mental y psiquiatría genera en la comunidad una suerte de *fobia hacia la enfermedad*, y en la psiquiatría una especie de *fobia hacia la normalidad*. La recomposición epistemológica, técnica y administrativa de esta separación es la única manera de crear una lógica de salud mental comunitaria; es decir, una lógica de salud pública.

En conclusión, ¿podemos decir que los abordajes «bio» están invadiendo a lo «psico-social»? Sí, pero cuidado con no negar, como ocurre en el caso del *Brain - Mind* dilema, a un elemento del dilema según su propia simpatía ideológica. Y esto nos lleva hacia la discusión del tercer dilema.

Dilema tercero: ¿cómo mantenerse dentro de un paradigma científico sin ser positivistas burros?

- a) Hay que considerar con mucha seriedad la necesidad de: utilizar la epidemiología como fuente de información para la toma de decisiones. No se trata aquí de santificar a los datos numéricos sino de establecer los requisitos mínimos para construir las evidencias sobre las cuales construir las decisiones de salud pública. Pues la epidemiología no es una masa bruta de datos estadísticos sino mas bien un método para formular preguntas inteligentes y construir modelos (insisto en la palabra «modelos») que describan la realidad cuya complejidad, por cierto, es indescriptible; pero si quedase así nos llevaría a la planificación basada en emociones y ideologías corrientes.
- b) Necesitamos una evaluación de eficacia y para ello el modelo del Ensayo Clínico Controlado sigue siendo hoy el modelo mejor que tenemos a nuestra disposición. Para evaluaciones de intervenciones complejas y de larga duración existen diseños quizás menos precisos en establecer las relaciones causa-efecto pero que son fiables, como son por ejemplo los estudios longitudinales (de seguimiento).
- c) Necesitamos estudios de coste-efectividad, ya que tan importante es saber cuando una intervención es efectiva como conocer cuáles son los recursos financieros que van asociados. Eso no quiere decir que los criterios de coste efectividad sean absolutos; al contrario, se trata de criterios que deben acompañar la planificación económica de los servicios y proveer informaciones sobre gastos evitables como por ejemplo el exceso de prescripción de medicamentos caros, costes de hospitalización evitables con soluciones comunitarias, etc.

d) Los métodos científicos pueden y deben ser aplicados a evaluaciones cualitativas. La *Stake Holder Analysis* es un ejemplo de como métodos cualitativos pueden resultar útiles para planificar. En este sentido hay aún mucho que aprender de la antropología para planificar servicios adecuados a un mundo globalizado.

En conclusión, si contemplamos estas necesidades podemos mantenernos dentro de un paradigma científico sin ser positivistas burros. Sin embargo, eso no es suficiente para poder estar en la modernidad... lo cual nos lleva al último de los dilemas.

Dilema cuarto: ¿cómo estar en la modernidad?

¿Por qué seguimos utilizando *Rural Romantic Thinking*? Me refiero a pensamientos romántico-rurales que aún perduran por ejemplo en nuestras categorías «míticas» de «comunidad» y «atención primaria». A partir de este funcionamiento surgen las siguientes preguntas: ¿Qué es comunidad? ¿Por qué seguir con los mapas geográficos cuando lo que realmente necesitamos son cartografías humanas? ¿Cuál es la dimensión espacial que define una comunidad? La comunidad no se define necesariamente a través del espacio sino más bien a través de redes virtuales. ¿Cuáles son los *jargoons* que nos permiten alianzas en las comunidades «virtuales»? ¿Qué es atención primaria? ¿Cuáles son los otros modelos? Necesitamos comenzar a pensar en términos de cliente y tiempo (las necesidades crónicas de los pacientes psiquiátricos) y no tanto en términos de proveedor y espacio (dónde están sentados los médicos: nivel primario, secundario o terciario). Necesitamos una revolución copernicana si queremos dar respuestas «crónicas» a demandas «crónicas». Si no hacemos esta revolución terminaremos siendo los que dan respuestas agudas a demandas agudas (médico y hospitales) y dejaremos las grandes demandas de rehabilitación a un mundo separado y miserable de «expertos» de la dimensión social. ¿Dónde están los recursos? ¿Cómo nos posicionamos frente al mercado y al tercer sector (ni público ni privado lucrativo)?

En conclusión, ¿por qué seguimos hablando de comunidad y atención primaria como si estuviéramos en un contexto semi-rural mientras que en realidad actuamos en contextos urbanos violentos? ¡Es el joven psicópata quien representa el actual desafío y no más la *dementia praecox*! La co-morbilidad es el desafío: sufrimientos complejos y no lineales, grupales y no individuales necesitan también respuestas complejas, no lineales y grupales.

BIBLIOGRAFÍA

- Brown & Harris (1978). «Social Origins of Depression: a Reply». *Psychol. Med.*, 8 (4): 577-88.
- Dohrenwend, B.P.; Levay, I.; Shrout, P.E.; Schwartz, S.; Naveh, G.; Link, B.G.; Skodol, A.E.; Stueve, A. (1992). «Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: the Causation-Selection Issue». *Science*, 21; 255 (5047): 946-52.
- Engel, G.L. (1977). «The Need for a New Medical Model: a Challenge to Biomedicine». *Science*, 196: 129-36.
- Hollingshead, A.B.; Redlich, F.C. (1958). *Social Class and Mental Illness. A Community Study*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Hyman, S. (2000). «The Millennium of Mind, Brain, and Behaviour». *Arch. Gen. Psychiatry*, 57 (1): 88-9.
- Jablensky, A. (1999). «The Concept of Schizophrenia: Pro et Contra». *Epidemiol. Psychiatr. Soc.*, 8 (4): 242-7.
- Leff & Vaughn (1987). «Expressed Emotion». *Hosp. Community Psychiatry*, 38 (10): 1117-9.
- Rutter (1975). «Psychiatric Disorder and Intellectual Impairment in Childhood». *Br. J. Psychiatry*, 9: 344-8.
- Tennant (1985). «Female Vulnerability to Depression». *Psychol. Med.*, 15 (4): 733-7.

