

# Esquizofrenia e Família (Alguns aspectos de análise e intervenção terapêutica)

NAZARÉ SANTOS \*

## I. INTRODUÇÃO

O interesse por este assunto ocorre paralelamente à tendência actual de se considerar que os serviços de saúde mental deverão ter uma missão fundamentalmente preventiva e reabilitadora e deverão tornar-se diferenciados, especializados e iminentemente ambulatoriais.

A problemática da reabilitação e reinserção agudiza-se com os doentes psicóticos, principalmente os esquizofrénicos. Existe concordância em centrar o processo terapêutico na integração plena destes doentes, o que se pode atingir privilegiando períodos curtos de internamento, regresso rápido ao meio familiar, desencadeando todas as acções preventivas no sentido de impedir o desinteresse ou a rejeição, permitindo assim a maximização das suas potencialidades e a minimização dos efeitos residuais. Estes objectivos têm suscitado controvérsia em relação aos modelos terapêuticos mais adequados, sobretudo a necessidade de os tornar rentáveis, eficazes, com técnicas simples e fáceis de aplicar e a utilização económica dos técnicos especializados segundo os princípios da saúde pública.

## II. ESQUIZOFRENIA

### *Aspectos gerais de teorias etiopatogénicas e modelos terapêuticos*

A sua delimitação, complexidade psicopatológica e nosográfica está além do âmbito deste trabalho.

A maneira como a esquizofrenia tem sido conceptualizada tem um impacto importante em cada aspecto da sua compreensão e intervenção. A sua etiologia continua a ser um puzzle para os clínicos e investigadores. Existem vários modelos explicativos que podemos agrupar em três paradigmas: biológico, psicológico e social. Cada um subdivide-se em várias subciências, e cada uma delas desenvolve um modelo teórico, defendido por diferentes escolas de pensamento. Existem teorias causais acerca da sociedade, hospital psiquiátrico, família, mãe possessiva, fraqueza do Eu, neurotransmissores, genes, etc. A escolha de um destes factores, como essência ou factor primordial etiológico, enquadra-se numa visão reducionista e fragmentária.

Nos últimos sessenta anos tem havido alterações significativas em vários ramos do pensamento científico. Na biologia o conceito mecanicista de organismo e comportamento é substituído pela descrição do organismo como uma organização

---

\* Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

estratificada, hierarquizada, cujo comportamento é determinado num campo de transacções independentes, que vão da informação genética até à estrutura de organização e ao modo de comunicação relacional entre o organismo e o ambiente (Guntern, 1982). Evoluções semelhantes dão-se na física e na matemática com a categoria dos tipos lógicos de Whitehead e Russel. A evolução das ciências humanas para um modelo de integração surge na sequência da obra de Bateson: a matriz social da psiquiatria (1951), a progressiva atenção sobre a acção entre os indivíduos (interacção), a formulação da Teoria Geral dos Sistemas com V. Bertalanffy (1968) e a cibernética Werner (1948), originando o denominado paradigma sistémico, que cria novas perspectivas, permitindo-nos avaliar um fenómeno complexo como a esquizofrenia de uma forma diferente, abandonando o pensamento linear.

Esta viragem epistemológica, em contraste com a orientação aristotélica que dominava a psiquiatria, baseia-se nas diferenças e nas interacções e não nos factores etiológicos e de causalidade, repercutindo-se em todas as ciências, incluindo neurociências, sociais e psicológicas, originando novas ideias acerca desta identidade. Podemos dizer algo acerca da relação entre comportamento esquizofrénico e prática do hospital psiquiátrico, desvios de comunicação na família com um membro esquizofrénico, novas observações acerca da relação mãe/criança, avanços no conhecimento da organização cerebral, relações neurofisiológicas e bioquímicas.

Schefflen em 1981, na sua clínica com psicóticos e baseando-se na Teoria Geral dos Sistemas, cria alguns novos postulados sobre a esquizofrenia. Considera que esta não tem um nível essencial de perturbação ou uma causa simples, atribuindo-lhe sete níveis (organização social, institucional, familiar, relação diádica, pessoa esquizofrénica, neurológico, bioquímico), criando assim uma epistemologia de integração, afirmando: «A vantagem desta perspectiva é que uma vez que consideremos múltiplos níveis de disfunção, nós podemos facilmente desenhar um quadro de como cada um pode desenvolver-se e ser amplificado na história da vida da pessoa esquizofrénica. Então podemos visualizar e planejar melhor um tratamento de níveis múltiplos».

Os vários métodos de tratamento, sobejamente conhecidos, têm sido objecto de controvérsias,

centradas fundamentalmente nas suas limitações de reinserção familiar e social.

A terapêutica farmacológica, com a introdução dos neurolépticos, desencadeou uma revolução no tratamento da esquizofrenia; a questão mais relevante é a melhor aderência aos fármacos com outras intervenções sobretudo a nível familiar, o que tem sido comprovado por numerosos trabalhos.

As psicoterapias de índole analítica, individual ou de grupo, apesar da sua utilidade e eficácia, têm levantado objecções pela restrição das suas indicações, pouca rentabilidade e ausência de intervenção familiar e comunitária. No entanto técnicas modificadas de grupo-análise, assim como das terapias comportamentais, têm sido aplicadas com sucesso na reabilitação e reinserção com diminuição das recidivas.

O conceito de terapia familiar tem sido aplicado de um modo global a um conjunto de técnicas terapêuticas variadas, que podem ir desde a intervenção domiciliária até terapias de grupo familiar. Possui uma perspectiva comunitária na medida em que uma família está em contínua relação com o meio ambiente, é operacional porque está ligada à vida quotidiana e actua na unidade vital de suporte afectivo de todo o ser humano.

Sobre as terapias institucionais muito se poderia dizer, sendo de salientar as modificações fundamentais desencadeadas pelos movimentos de higiene mental e de psiquiatria social (Meyer, Sullivan), que vieram reforçar a necessidade de novos modelos que privilegiassem uma visão interaccionista dinâmica e funcional do indivíduo.

Não se trata de privilegiar um modelo, mas sim de encontrar soluções mais adequadas aos doentes em causa. Independentemente da posição teórica, existe hoje um consenso no papel fundamental da família em qualquer actuação em saúde mental, da prevenção à reabilitação.

Continua a ser difícil demonstrar quando as relações familiares perturbadas representam uma reacção à psicose ou a antecederem. Nos últimos anos vários investigadores se têm debruçado sobre o problema da etiologia das doenças mentais, de um ponto de vista da família, como um todo, focando-se na comunicação, interacção e relação entre os seus membros, levando ao desenvolvimento de várias técnicas de intervenção terapêutica centradas na família.

### III. INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NA EVOLUÇÃO DA ESQUIZOFRENIA

#### a) Teorias sistémicas

Segundo este conceito os quadros psicóticos são descritos do ponto de vista do seu enquadramento dentro de um padrão de comunicação e não gerados por determinados tipos desta. O fenómeno psicótico é considerado inseparável dos padrões sincrónico-diacrónico, nos quais está mergulhado. Comportamento e comunicação de toda a família fazem parte deste padrão. Nenhuma parte dele pode ser dualisticamente entendida como fazendo parte de si. O comportamento dos membros da família, que em conjunto constituem os vários aspectos do padrão, não são linearmente causa de outro, mas sim correlacionados.

As teorias sistémicas de compreensão da esquizofrenia dividem-se em vários grupos: perturbação do pensamento parental, *duble-bind* e padrões desviados de comunicação.

LIDZ (1958) — descreve a irracionalidade familiar. Baseia-se nas perturbações do pensamento parental, tendo como base as relações interpessoais e utilizando teorias psicodinâmicas. Considera que a falta de fronteiras, a presença de comportamentos desadequados em relação à idade e papéis sexuais dos pais levam à transmissão da irracionalidade, consistindo esta na aprendizagem da criança de visões atípicas de mãe, pai e família, desajustada do mundo exterior. As famílias esquizofrénicas criam assim a existência de experiências desadequadas, para que estas façam sentido e entrem em sintonia com a sua própria experiência. Descreve dois tipos de famílias: par separado, com uma figura central dominante, geralmente a mãe, que numa atmosfera de aparente harmonia impõe as suas normas a toda a família. Par cindido, onde as relações parentais são de hostilidade, isolamento e desequilíbrio crónico.

BATESON (1956) — Descreve o *double-bind*, fazendo ênfase mais na forma do que no conteúdo da comunicação, baseando-se na Teoria dos Tipos Lógicos. Assim considera que a esquizofrenia reside numa ruptura na descontinuidade entre a classe e os seus membros, quando certos padrões formais de ruptura ocorrem entre mãe e filho. A situação de *double-bind* engloba seis componentes essenciais:

a) existência de duas ou mais pessoas; b) experiências repetidas de modo que o *double-bind* se torne uma expectativa habitual; c) uma injunção negativa primária; d) uma injunção secundária, conflituosa com a primeira a um nível mais abstracto, e como ela reforçada por sinais que ameaçam a sobrevivência; e) uma injunção negativa terciária, proibindo a vítima de escapar; f) uma vez que a vítima tenha aprendido a perceber o seu universo em termos de padrão de *double-bind*, nada mais é necessário para a levar a experiências de pânico e confusão. Este autor considera que a exposição a *double-binds* é esquizofrenizante. De facto todos estamos expostos a paradoxos e lidamos com eles pela metacomunicação, usando metáforas ou discutindo a comunicação paradoxal com a pessoa envolvida. O esquizofrénico é incapaz de discutir as mensagens dos outros, mantendo-se as distorções sistemáticas.

WYNNE (1958) — Descreve a pseudo mutualidade, baseando-se em padrões de comunicação desviados. Esta consiste no seguinte: cada um na família, partilha as mesmas expectativas, com a finalidade de preservar esta noção: não é tolerada qualquer acção divergente ou independente, «a família combate em conjunto». Os seus tipos de comunicação, o grau de perturbação nas interacções familiares é maior e qualitativamente diferente do encontrado em cada um dos membros individualmente. Desvio da comunicação não é uma característica individual que possa ser percebida em termos de perturbação do pensamento, é sim uma propriedade emergente da interacção.

Interessa-nos mais debruçarmos sobre os trabalhos que Wynne desenvolveu posteriormente com Singer, na medida em que servirão de base a outras análises e formações conceptuais relacionadas com a família e a evolução do paciente esquizofrénico (Brwn, Doane).

Wynne debruça-se sobre o *double-bind* tecendo-lhe algumas críticas. Considera que pode ser um estímulo de soluções criativas, especialmente se a fuga não é impossível nem demasiado fácil, o problema é que se fica demasiado ligado tentando escapar, podendo nunca acontecer ou perder-se a hipótese de o fazer. Comentando a necessidade da metacomunicação como forma de saída, afirma que repetidas tentativas e insucessos são necessários antes da metacomunicação ser eficaz. Isto envolve transformações drásticas nas relações, com o objec-

tivo de atingir sistemas de comunicação e relacionais qualitativamente diferentes. Assim na sua perspectiva, permitindo aos esquizofrénicos viverem conflitos, considerados em termos estruturais como paradoxos, pode permitir-se o seu crescimento e criatividade. Com estas críticas abrange também as suas formulações iniciais de pseudomutualidade. Desenvolve então com Singer o conceito de comunicação desviada, considerado mais simples de definir operacionalmente.

WYNNE e SINGER (1963-1969) — Estes autores estudaram os laços específicos existentes entre padrões ou estruturas familiares e desordens do pensamento em indivíduos esquizofrénicos. Interessaram-se prioritariamente por características estruturais das desordens do pensamento formal, de preferência a perturbações do conteúdo. Os termos «forma», «estrutura» ou «estilo» referem-se às formas em que experiência e comportamento estão caracteristicamente organizados, aos padrões em que pensamentos, impulsos e afectos são fundidos, cindidos, modulados e comunicados.

Caracterizaram os aspectos formais e estilísticos do funcionamento da personalidade em termos dos graus e variedades de diferenciação e integração, que seriam constantemente empregues para seleccionar, organizar interiorizar a mensagem interpessoal e construí-la. A diferenciação diz respeito a: a) separação Eu/não-Eu; b) capacidade para distinguir e reconhecer diferentes espécies de sensações, impulsos e desejos; c) delimitação de competências diversas, motoras, cognitivas, expressivas e linguísticas; d) capacidade para discriminar diferentes sectores do mundo externo; e) capacidade para diferenciar as representações abstractas e metafóricas da sua contrapartida concreta e literal. A integração constrói-se a partir de diferenciações sucessivas. Tem valor de hierarquização, organização e ligação: entre a parte e o todo, o Eu e o não-Eu, o acontecimento e o contexto. Diz respeito a: a) organização da imagem do corpo; b) integração do vivido emocional; c) organização temporal do vivido. Adicionalmente, a forma pela qual o indivíduo comunica e participa com outros modela a amplitude, a qual se articula num *setting* cultural particular e na tradição histórica.

Para estes autores haveria no pensamento esquizofrénico dois níveis de disfuncionamento: um dizendo respeito aos processos de integração e

outro dizendo respeito simultaneamente aos processos de integração e diferenciação.

A partir destes conceitos, definem vários padrões de funcionamento do pensamento, relativamente às capacidades para manter a atenção e o sentido no discurso. Estes padrões estão ordenados num contínuo, segundo a gravidade do disfuncionamento, desde o «amorfo» — forma de funcionamento global indiferenciada — ao «fragmentado» — falhas na integração hierárquica depois de atingido um certo grau de clara diferenciação.

Uma vez que as formas de pensar e as desordens de pensamento são deduzíveis predominantemente a partir da linguagem, e que pensar é conceptualizado por estes autores como um processo que se inicia com a focagem de atenção, se torna manifesto na comunicação e pode resultar numa experiência significativa partilhada, procederam a numerosos estudos em que avaliaram diferentes padrões de transacções verbais utilizando técnicas projectivas. Consideraram que de um ponto de vista teórico os padrões de comunicação são um elo de ligação entre a disposição para a resposta atencional, perceptual e cognitiva, e um contexto mais amplo de aprendizagem social e desenvolvimento psicológico. Enfatizaram a reciprocidade do impacto psicológico nas famílias, no interior e através de gerações, em padrões de comunicação que definem os papéis dos membros da família e as fronteiras das famílias como pequenas unidades sociais ou sistemas.

Foi assim que deram uma especial atenção à conexão entre determinados estilos parentais de comunicação e de focagem de atenção e certas formas específicas de perturbação estrutural do Eu em esquizofrénicos jovens. Operacionalizaram o estudo, analisando os dados obtidos numa situação transaccional que incluía testes projectivos de Rorschach e T. A. T.. Estes testes constituem situações relativamente bem estruturadas e fornecem estímulos de tipo visuo-perceptivo, partilháveis entre dois ou mais intervenientes de uma interacção verbal. Em qualquer dos momentos desta interacção podem verificar-se desvios de comunicação. Podemos defini-los operacionalmente como sendo constituídos por: a) uma dificuldade em fechar o discurso ou em completar as suas lacunas; b) uma quebra de continuidade da transacção ou várias formas de ruptura das regras estabelecidas para a mesma; c) uma redução do grau de comunicabi-

lidade por impossibilidade para o auditor de partilhar o significado expresso. Os autores comprovaram a presença de correlações positivas entre a forma e a gravidade dos desvios de comunicação dos pais e a gravidade dos sintomas psicopatológicos dos filhos esquizofrénicos.

## b) Atitudes afectivas

### *Trabalhos de Brown e cols. (Expressão Emocional)*

Iniciados em 1962 mostraram que muitas recidivas em esquizofrénicos estavam relacionadas com mudanças ambientais nas semanas precedentes, focando sobretudo as reacções emocionais dos familiares com quem coabitavam. Propõe-se mostrar a hipótese de que o alto nível de expressão emocional familiar é um índice de recidivas, independentemente de outros factores como o tempo de duração, tipo de sintomatologia ou severidade das alterações comportamentais prévias. É o comportamento perturbado prévio do pensamento a causa das reacções familiares e o indicador de recidivas, ou uma reacção de uma alta expressão emocional causa de recidivas independentemente do grau prévio da perturbação.

Criaram um conceito de análise das atitudes afectivas das famílias dos esquizofrénicos que designaram por *expressão emocional*. Operacionalizaram o seu estudo com técnicas de entrevista familiar que tinham o carácter de um instrumento de investigação. Pretendiam uma descrição da vida familiar e a observação directa durante a entrevista. Estas eram feitas com cada uma das figuras parentais individualmente. Usaram material subjectivo: sentimentos dos elementos da família entre si e em relação ao paciente, o digital e o analógico e objectivo: descrição de acontecimentos e comportamentos do paciente com mais detalhe na última semana e nos três meses que antecederam o internamento.

Dão assim origem a uma escala (Camberwell family schedule) que mede aspectos de vida da família e fornece dados fiáveis em relação a emoções e actividades. Avaliam: número de comentários críticos, hostilidade presente ou ausente, insatisfação, atmosfera afectiva, sobreenvolvimento. Agrupam em função das variáveis: os de alta ex-

pressão emocional com valores elevados de crítica, sobreenvolvimento e hostilidade e os de baixa expressão emocional. Analisam também comportamentos dos pacientes antes e na altura da admissão, em função de dificuldades laborais, comportamentais e retirada social.

Assim demonstraram que havia uma relação entre a alta expressão emocional e as recidivas, e que este instrumento de análise era um importante elemento preditivo. As conclusões mais importantes, que abrem perspectivas a outros trabalhos e a modelos de intervenção terapêutica, são: alto índice de expressão emocional na altura da admissão, está fortemente associado com as recidivas pós-alta. As alterações comportamentais e laborais só estão associadas com recidivas em famílias com alta expressão emocional. Os que coabitam com estas famílias são mais susceptíveis à acção protectora das drogas.

### *Trabalhos de Vaughn e Leff*

Em 1976 estes autores baseados nos trabalhos de Brown obtêm resultados semelhantes, analisando com mais pormenor as variáveis sociais e farmacológicas.

Usam uma modificação da escala já mencionada, encurtando-a no tempo. Considerando que o índice de comentários críticos se encontrava fundamentalmente na primeira hora da entrevista, centrados nas questões acerca do desenvolvimento da doença e condições clínicas actuais do paciente. Apesar de neste trabalho os resultados de Brown terem sido totalmente replicados, consideram, no entanto, que ele não entrou em linha de conta, com a duração e persistência dos sintomas, ou a possibilidade de certos comportamentos poderem interferir com a família. Assim estes autores analisam-nos e concluem que a relação entre a alta expressão emocional e as recidivas é independente do comportamento antes da admissão assim como dos sintomas.

Continuando na mesma linha de análise, investigam outras variáveis susceptíveis de desencadear recidivas. Seguiram regularmente os pacientes nos nove meses pós-alta, tendo como objectivo avaliar: medicação prescrita e aderência, horas passadas com as famílias. Concluem os mesmos factos já descritos por Brown: o nível de criticismo é o melhor elemento preditivo de recidivas, indepen-



dentemente de outras variáveis (gravidade da doença, condição na alta, história familiar), e que a medicação só protege o paciente quando se reduz o tempo de contacto com as famílias. Sugerem a necessidade de se avaliar outros índices de prognóstico na comunidade (trabalho, adaptação social, qualidade de vida).

### *Trabalhos de Doane (Estilo Afectivo)*

Doane, Fallon, Goldstein (1985), fazem investigações sobre a relação do estilo afectivo parental com a evolução e tratamento da esquizofrenia.

O conceito de estilo afectivo é avaliado de forma diferente dos trabalhos de Brown e Vaughn, é um índice de qualidade do clima emocional familiar, medido na interacção face a face, reflectindo portanto comportamentos actuais mais do que atitudes expressas a um entrevistador na ausência do paciente. A situação transaccional envolvia os pais e o paciente, fornecendo dados interactivos directos. É pedido à família que discuta um problema que tenha, expresse os sentimentos e ideais acerca dele e faça tentativas para o resolver. Eram analisados a crítica, a indução de culpa e a intrusão. A crítica é avaliada em função da pessoa ou circunscrita a comportamentos. A indução de culpa é avaliada em função de afirmações que coloquem o paciente em falta. A intrusão implica o conhecimento dos pensamentos pessoais, emoções ou motivos do paciente por outros elementos, quando de facto não há nenhuma base para que isso aconteça, falando-se de intrusão crítica quando esta contém uma crítica demolidora. O estilo afectivo denominado negativo é definido pela presença destes elementos.

Formularam a hipótese de que o estilo afectivo familiar estaria relacionado com a evolução do paciente esquizofrénico, assim como poderia influenciar a maneira pela qual as famílias seriam capazes de absorver e usar os ensinamentos de intervenção terapêutica. Analisaram famílias que tinham pacientes em risco de recidiva devido a altos níveis de tensão. Todos os pacientes estavam sob terapêutica farmacológica, sendo divididos em dois grupos: terapia individual e intervenção centrada na família.

Demonstraram que o estilo afectivo era um elemento preditivo válido das recidivas, devendo ser

identificado antes de se iniciar a terapêutica. Em relação ao tipo de intervenção constataram que os pacientes com uma terapia centrada na família, apesar de um estilo afectivo negativo, tinham um melhor prognóstico.

Estas análises mostraram-se operacionais e válidas em estudos sistemáticos efectuados e abriram caminho para uma possibilidade de intervenção, reinserção familiar e social. No entanto levantam uma questão difícil de demonstrar: as relações familiares perturbadas representam uma reacção à psicose ou antecedem-na?

GOLDSTEIN (1985) — propôs-se responder a esta questão, publicando um trabalho resultado de um estudo prospectivo longitudinal de 15 anos.

Este estudo baseou-se na avaliação de 64 famílias que pediam pela primeira vez ajuda para adolescentes com problemas. Estes, os irmãos e restante família foram avaliados em *follow-up* de 5 e 15 anos após a primeira entrevista. Avaliava-se a prevalência de esquizofrenia e perturbações do espectro esquizofrénico utilizando critérios de diagnóstico da DSM III. Utilizava como elementos de análise da família os conceitos de: comunicação desviada, expressão emocional e estilo afectivo.

Concluiu que os desvios de comunicação eram marcadores significativos do potencial para a esquizofrenia ou perturbações do espectro nos descendentes, considerando-os como marcadores genéticos da unidade familiar. A associação destes com o estilo afectivo negativo relacionava-se com perturbações do espectro esquizofrénico, que incluíam algumas perturbações da personalidade que estudos recentes associam à esquizofrenia. A adição de padrões de expressão emocional ao estilo afectivo permitia a identificação de todos os casos de esquizofrenia. Este dado realça o valor destes elementos de análise como sinais preditivos. Propondo-se atingir o objectivo deste estudo, concluiu que padrões de relação familiar perturbados precedem o início da esquizofrenia por um período considerável de tempo. Havendo um grau de especificidade na sua previsão pela combinação dos elementos de análise utilizados.

Estes estudos abrem um vasto campo de compreensão das famílias dos esquizofrénicos, com a conseqüente possibilidade de lhes ser fornecido mudanças relacionais, emocionais e de resolução dos problemas, integrando-as na reabilitação do paciente.

#### IV. ALGUNS MODELOS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NAS FAMÍLIAS DOS ESQUIZOFRÊNICOS

*Trabalhos de Fallon e cols. (1985)*

Estes debruçam-se sobre o manejo da família na prevenção da morbilidade da esquizofrenia. Propõem-se demonstrar que intervenções psicossociais que neutralizam o impacto dos stresses ambientais (familiares, sociais e *life events*) serão mais eficazes. Consideram a intervenção comunitária, envolvendo os membros da família, como a mais promissora. Neste estudo comparam a eficácia de uma terapêutica de capacidade de resolução dos problemas centrada na família, com intervenções individuais feitas durante dois anos. A técnica aplicada baseia-se no modelo de terapia familiar comportamental. Atingindo-se os objectivos terapêuticos através da aquisição de capacidades de adaptação, do paciente e da família aos stresses ambientais.

O modelo desenvolvido por estes autores combina as seguintes variáveis: *educação* da família acerca da natureza e manejo da esquizofrenia. *Treino de comunicação* que envolve o ensino de comunicações verbais e não verbais de uma forma mais eficaz, facilitação de expressões adequadas de preocupação e insatisfação, redução da crítica e hostilidade. *Treino de resolução de problemas*, aquisição de capacidades para identificar e resolver as situações stressantes, através de listagens estruturadas de problemas, sua avaliação e escolha. *Estratégias de manejo do comportamento*, que envolvem o uso de técnicas específicas para lidar com problemas encontrados na família, particularmente quando o paciente tem sintomas persistentes ou recorrentes. Incluem identificação dos sinais de alarme, o estabelecimento de limites e a atribuição de reforços. A intervenção era feita na casa dos pacientes durante os primeiros nove meses, estando os técnicos disponíveis para contactos diários ou intervenção na crise.

Os resultados mostraram que estas intervenções levavam a uma diminuição acentuada das exacerbações, da psicopatologia, das admissões hospitalares e uma menor necessidade de doses elevadas de neurolépticos. Estes resultados mantinham-se durante os dois anos seguintes apesar de intervenções menos intensivas.

GOLDSTEIN (1981) — cria um modelo de intervenção na família que designa por *terapia familiar focada na crise*. Considera esta estratégia terapêutica fácil de aplicar, e define os seus principais objectivos: aceitação pelo paciente e pela família do episódio psicótico, levando-os a atingir um consenso no que diz respeito aos factores stressantes, precipitantes no desencadeamento do quadro. Desenvolvimento de estratégias para prevenir a ocorrência de stresses identificados. Avaliação do progresso das estratégias de prevenção e adaptação, plano antecipatório para prevenir stresses futuros e lidar com eles.

Relaciona este modelo com a terapia farmacológica, durante o período pós-alta, considerado crítico. Conclui que, medicação neuroléptica e esta forma de terapia desempenham um papel importante na diminuição das recidivas, assim como na redução da sintomatologia residual, com efeitos mais notórios na retirada social e embotamento afectivo.

HOGARTY (1987) — aborda a questão das recidivas encontradas nos pacientes que sofreram intervenções psicossociais (psico-educativas, aquisição de capacidades sociais e ambas). Considera que o efeito da intervenção familiar atrasa, mas não previne a situação, como se pensava. A análise das recidivas, mostrou que a maioria dos pacientes «moveram-se da protecção da sombrinha terapêutica» para situações de vida ou laborais, nas quais tinham mais dificuldade em se adaptar. A perda das capacidades adquiridas sugere uma incapacidade dos pacientes para a generalizar a novas situações ou ao meio ambiente. Propõe então o desenvolvimento de técnicas de adaptação interna num programa de aprendizagem social repetitivo, com a finalidade de equipar os pacientes com estratégias mais generalizadas que impeçam a recidiva nos ambientes que estão para lá do controlo terapêutico.

Não podemos deixar de referir as investigações de P. Laquer (anos 50) sobre Terapia Familiar Múltipla. Laquer começou por juntar o paciente com a família, tendo posteriormente criado um grupo terapêutico com várias famílias e os pacientes. Verificou ser mais rentável em tempo e técnicos, e sobretudo que a interacção de várias famílias originava mudanças mais rápidas no comportamento que as terapêuticas individuais.

Laquer considera a TFM única entre as diferentes formas de psicoterapia, porque permite a

entrada na relação terapêutica do supra-sistema do mundo exterior, da sociedade.

## V. CONCLUSÃO

A revisão destes modelos de análise e intervenção terapêutica fornecem-nos alguns dados de reflexão.

As avaliações descritas dos vários métodos de análise da dimensão familiar mostram ser um elemento de prognóstico fiável. Levantam a questão da necessidade do seu aprofundamento. Alertam-nos para a necessidade de não entendermos a pessoa do esquizofrénico só no sentido da sua problemática intrapsíquica, para não ficarmos reduzidos a visões parcelares e reducionistas. Os modelos de intervenção terapêutica de índole psicossocial descritos mostram ter uma metodologia respeitável.

Tudo isto implica a necessidade de uma articulação eficaz, multidisciplinar, dos serviços técnicos e da comunidade com actuações realistas de acordo com o tipo de famílias, recursos existentes e sobretudo a modificação das atitudes dos técnicos de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BROWN, G.; BIRLEY, J.; WING, J. (1972) — Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication, *B. Brit. J.*, 121, 241-58
- BROWN, G.; RUTTER, M. (1978) — «The Measurement of Family Activities and Relationships. A Methodological Study», in *Basic Readings in Medical Sociology*, David Truckeit and Joseph Faugert (Ed), Tavistock Pub.
- BATESON, G. (1978) — «The Birth of Matrix or Doublebind and Epistemology», in *Beyond the Doublebind*, Milton M. Berger (Ed) Brunner/Mazel, Pub New York.
- DOANE, J.; FALLOON, I.; GOLDSTEIN, M. (1985) — Parental Affective Style and the Treatment of Schizophrenia, *Arch. Gen. Psych.*, vol 42: 34-42
- FALLOON, I.; BOYD, J. et al. (1985) — Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 42, 887-896.
- FALLOON, I.; PEDERSON, J. (1985) — Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: the Adjustment of the Family Unit, *British J. of Psychiat.*, 147; 156-163.
- FALLOON, I.; MCGILL, C.; BOYD, J. (1987) Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: Social Outcome of a Two-Year Longitudinal Study, *Psychological Medicine*, 17, 59-66.
- FALLOON, I. (1981) — «Communication and Problem-Solving Skills Training with Relapsing Schizophrenics and Their Families», in *Family Therapy and Major Psychopathology*, Melvin Lansky (Ed) Grune, Stratton Pub.
- GOLDSTEIN, M. (1981) — «Family Therapy During the Aftercare Treatment of Acute Schizophrenia», in *Family Therapy and Major Psychopathology*, Melvin Lansky (Ed) Grune, Stratton Pub.
- GOLDSTEIN, M. (1985) — Family Factors that Antedate the Onset of Schizophrenia and Related Disorders: The Result of a Fifteen Year Prospective Longitudinal Study, *Acta P. Scand*, vol 71, 7-18
- HOGARTY, G. ANDERSON, C. (1987) — Family Psychoeducation, Social Skills Training and Medication in Schizophrenia: The Long and Short of it, *Psychopharmacology Bulletin*, vol. 23, nº 1.
- LEFF, J.; VAUGHN, C. (1981) — The Role of Maintenance Therapy and Relatives Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia: A Two-Year Follow-up, *Brit. J. P.*, 139, 102-104
- KAPLAN; SADOCK (1985) — *Comprehensive Text Book of Psychiatry*, vol. 1 nº Ed Williams, Wilkins, Baltimore-London.
- LOPEZ-IBOR, Alino J. J. (1981) — *Las Psicosis Esquizofrenicas*, Tomo II, Toray, Barcelona.
- LAQUEUR, P. (1981) — «Multiple Family Therapy», in *Family Therapy and Major Psychopathology*, Melvin Lansky (Ed) Grune, Statton Pub.
- MOLINE, R.; SINGH (1985) — Family Expressed Emotion and Relapse in Schizophrenia in 24 Urban American Patients, *Amer. J. Psychiat*, 142; 1078-1081
- O. M. S. (1986) — Les Soins de Santé Mental de Premier Recours, Raport Sur une Reunion de l'O.M.S.
- STRACHAN, A. (1986) — Family Intervention for the Rehabilitation of Schizophrenia: Toward Protection and Coping, *Schiz. Bulletin*, vol 12, nº 4.
- SCHEFLEN, A. (1981) — *Levels of Schizophrenia*, Brunnen/Mazel Pub.
- SAMPAIO, D.; GAMEIRO, J. (1985) — *Terapia Familiar*, Ed. Afrontamento.
- SINGER, M. T.; WYNNE, L. (1966) — *Communication Disorders and the Families of Schizophrenics*, pp. 449-454.
- SOCIEDADE PORT. PSIQUIATRIA SOCIAL (1987) — *Os Serviços de Saúde Mental em Portugal, Passado Presente e Futuro*.
- VAUGHN, G.; LEFF, J. (1978) — «The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients», in *Basic Reading in Medical Sociology*, Takett (Ed) Tavistok Pub.



- VAUGHN, G.; LEFF, J. (1976) — The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness, *Brit. J. Psychiat.*, 129; 125-137.
- VAUGHN, G.; SNYDER, K. *et. al.* (1984) — Family Factors in Schizophrenic Relapse, *Arc. Gen. Psychiatry*, 41; 1169-1177.
- WALLACE, C. LIBERMAN (1984) — Social Skills Training for Patients With Schizophrenia: A Controlled Clinical Trial, *Psychiatry Research*, 15; 239-247.
- WINSTON, A. (1978) — «Understanding and Treating Schizophrenics: A Review of Some Contributions of Communication and Family System Theories», in *Beyond the Double Bind*, Milton Berger (Ed) Brunner/Mazel Pub.
- WYNNE, L. (1978) «Knotted Relationships, Communication Devianless, and Metabinding», in *Beyond the Double-Bind*, Milton Berger (Ed) Brunner/Mazel Pub.
- WYNNE, L.; SINGER, T. (1963) — Thought Disorders and Family Relations of Schizophrenics — A Classification of Forms of Thinking, in *Arch. Gen. Psychiat.* 9, 33-40.
- WYNNE, L. (1968) — *Schizophrenics and Their Families: Research on Parental Communication*, p. 254.

## RESUMO

*Depois de enquadrar os modelos de compreensão da esquizofrenia, dando enfoque à viragem epistemológica do paradigma sistêmico, a autora faz uma revisão bibliográfica de métodos de análise e de intervenção terapêutica de um ponto de vista da família como um todo, centrados na comunicação e interação e utilizando metodologias diferentes. Concluem a necessidade da intervenção familiar, como elemento fundamental na prevenção das recidivas, reabilitação e reinserção do paciente esquizofrênico.*

## ABSTRACT

*This paper reviews some important studies about the relationship between family functioning (communication/interaction) and schizophrenia.*

*The Author describes several theories about schizophrenia, mainly the importance of systemic paradigm and the conclusions of different investigations.*

*All papers stress the importance of family intervention and its relevant and positive effects on prevention and rehabilitation of schizophrenic patients.*