

TERAPIA FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA

Alberto Espina

Universidad del País Vasco.

In this article the author reviews the development of schizophrenia, and highlights relevant criteria for its proper diagnosis. Continuing in this vein, the author discusses the medical model, environmental factors and the role of stress in the exacerbation of the schizophrenic condition. The author also explores those therapies traditionally associated with the treatment of schizophrenia: systemic therapies, psychoeducational approaches, behavioral therapies, psychosocial approaches, and psychoanalysis. Finally, the similarities and differences among these diverse orientations are pointed out.

1. Introducción

Al hablar de la terapia familiar de la esquizofrenia debemos tener en cuenta que nos encontramos frente a un cuadro clínico complejo en el que determinados aspectos van a influir poderosamente en el pronóstico, pudiendo distorsionar los resultados de la intervención terapéutica. Por ello, nos parece necesario hacer una breve referencia nosológica.

Las clasificaciones de los tipos de esquizofrenia varían según los autores. Stephens et al. (1966) hablan de procesual (curso insidioso y largo) y reactiva (aparición brusca asociada generalmente a estresores ambientales); la segunda tendría mejor pronóstico. Crow (1980,1982) las clasifica en: Tipo I (predominio de síntomas positivos, evolución reversible, buena respuesta a los antipsicóticos, aparición temprana y aguda y patogenia asentada en la hiperactividad dopaminérgica) y Tipo II (síntomas negativos, crónica, escasa respuesta a los antipsicóticos, patogenia estructural del cerebro y mal ajuste premórbido). Andreasen y Akiskal (1983) describen las esquizofrenias positiva, negativa y mixta según el predominio de los síntomas. Tsuang y Winokur (1974) hacen referencia a dos tipos de esquizofrenia: Paranoide y no paranoide (hebefrenia).

EL DSM-III-R (Spitzer et al.,1987) los clasifica en 5 tipos: Catatónica, desorganizada (deterioro social extremo, personalidad premórbida pobre, inicio temprano e insidioso y curso crónico sin remisiones), paranoide (comienzo más tardío, el deterioro puede ser mínimo si la actividad laboral no se ve afectada por los

delirios, más estable en el tiempo y mejor pronóstico en actividad laboral y capacidad de autonomía), indiferenciada y residual (embotamiento emocional, retraimiento social, conducta excéntrica, pensamiento ilógico, y pérdida de capacidad asociativa). Estos autores dividen el curso en tres fases: Prodrómica, activa y residual y lo clasifican en: Subcrónico, crónico, subcrónico con exacerbación aguda, crónico con exacerbación aguda y en remisión. La evolución del cuadro clínico, según Ciompi (1980), sería hacia la remisión en el 27% de los casos, mejoría en el 22%, resultados desfavorables en el 42% y severo empeoramiento en el 18%. Según este autor (Ciompi, 1984) los predictores de evolución, son la personalidad premórbida, la adaptación social, el tipo de comienzo, la sintomatología inicial y el tipo de evolución. Según Spitzer et al. (1987) los factores asociados a un buen pronóstico son: 1) Ausencia de trastornos previos de la personalidad, 2) Adecuada actividad social premórbida, 3) Presencia de acontecimientos precipitantes, 4) Cuadro clínico con confusión y 6) Una historia familiar de trastorno del estado de ánimo. En base a los diferentes parámetros de: Personalidad premórbida, inicio, curso, y subtipo se suelen asociar las diferentes clasificaciones formando dos grupos: Esquizofrenia con mal ajuste premórbido, procesual, no paranoide y crónica, y esquizofrenia con buen ajuste premórbido, reactiva, paranoide y aguda. Pero actualmente no existen datos concluyentes que puedan clarificar las opiniones controvertidas en este campo, aunque los conceptos y clasificaciones citadas son tenidas en cuenta en las investigaciones clínicas, pues el pronóstico parece diferir en unos y otros tipos y podría distorsionar los resultados.

2. Modelos explicativos de la esquizofrenia.

Las teorías sobre la esquizofrenia se han centrado fundamentalmente en su etiología y en su patofisiología, dando mayor o menor importancia a los parámetros bio-psico-sociales. Voy a hacer referencia a tres modelos explicativos que tienen gran relevancia en el tratamiento de la esquizofrenia y que van a estar presentes, de una u otra forma, en la terapia familiar.

2.1. Modelo médico.

Este modelo se aplica tanto a la etiología como a la patofisiología. Y se apoya en estudios genéticos (Gottesman y Shields, 1976), que no aportan datos concluyentes, y en estudios sobre anomalías estructurales del cerebro, como la dilatación ventricular (Johnstone, 1978) y funcionales, como las alteraciones de los neurotransmisores (Verhoeven, Westenberg y Van Ree, 1984), especialmente la dopamina cuyo aumento en los receptores neuronales produciría un exceso de información no procesable, dando lugar a déficits atencionales (Meltzer, 1979). Para Gottesman y Shields (1982) el 70% de las causas de la esquizofrenia son biológicas y el 30% ambientales. Este modelo, aunque realiza aportaciones importantes, como los estudios sobre neurotransmisores, no logra explicar porqué hay

remisiones y porqué el curso suele ser episódico.

2. 2. Modelo ambiental

En Estados Unidos durante los años 50, varios grupos de investigadores estudian familias de esquizofrénicos intentando encontrar una etiología “familiar” para la esquizofrenia.

El grupo de Bateson publicó en 1956 un trabajo en el que afirmaba que la esquizofrenia se debía al aprendizaje, en el medio familiar, de estilos comunicacionales disfuncionales. Esta comunicación esquizofrenógena se llamó “doble vínculo” y en ella se sometía al futuro esquizofrénico a mensajes incongruentes sin posibilidad de huida ni clarificación, atrapándole en una relación paradójica, de manera que no podía aprender a discriminar correctamente sus percepciones (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

Posteriormente, Bateson (1960) señaló que la relación era recíproca eliminando el rol de víctima y, en 1963, los autores del trabajo de 1956 afirman “en la esquizofrenia el doble vínculo es una condición necesaria pero no suficiente para explicar la etiología y, a la inversa, es un subproducto inevitable de la comunicación esquizofrénica” (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1963 p.84). De manera que relativizan el papel causal del doble vínculo, encontrado en otras patologías y en familias sin enfermos psíquicos, y hacen hincapié en la circularidad de la relación, es decir que el doble vínculo puede influir en la aparición de la esquizofrenia, pero también puede deberse a ella. De esta manera intentaban, quizás, responder a las críticas por pretender sacar conclusiones etiológicas de estudios transversales, pero la teoría se queda simplemente en que es frecuente encontrar dicho estilo comunicacional en las familias de esquizofrénicos. El grupo formado por Lidz, Cornelison, Fleck y Terry publican en 1958 un artículo en el que hablan de la “transmisión de la irracionalidad” de padres a hijos; es decir que la esquizofrenia es aprendida por el hijo al ver conductas atípicas en sus padres. El grupo de Wynne, también desde una perspectiva psicoanalítica como Lidz, desarrolla el concepto de “pseudomutualidad” para describir unas relaciones en las que se sacrifica la identidad individual para adecuarse a las expectativas recíprocas, creando un caldo de cultivo propicio para el desarrollo de la esquizofrenia (Wynne et al. 1958).

Estos primeros estudios tenían graves fallos metodológicos que reducían sus conclusiones a intuiciones clínicas, como son el intentar unir terapia e investigación, sacar conclusiones etiológicas de estudios transversales, no utilizar criterios diagnósticos adecuados, etc. Frank (1965), Riskin y Faunce (1972), Doane (1978), Wynne (1983).

En la década de los 60 existían dos opiniones encontradas en relación a las alteraciones de la comunicación halladas en los padres de esquizofrénicos: La esquizofrenia causa la alteración en la comunicación de los padres, versus, ésta última causa la esquizofrenia.

A partir de finales de esa década se empiezan a desarrollar investigaciones, con una adecuada metodología, sobre la interacción en familias de esquizofrénicos. Las tres más importantes son sobre la Comunicación Desviada (CD), los Estilos Afectivos (AS) y la Emoción Expresada (EE).

2.2.1. Comunicación Desviada (CD).

Wynne y Singer (1963, 1965, 1966, 1968) elaboran un instrumento para medir las alteraciones de la comunicación de los padres con el fin de comprobar la hipótesis de que las alteraciones en la capacidad de focalizar, mantener y compartir la atención en los esquizofrénicos son aprendidas de las alteraciones de la comunicación de los padres. Con el manual de comunicación desviada puntúan las respuestas obtenidas en una entrevista individual, en la que los padres deben mirar unas láminas del Rorschach y el T.A.T. y explicar lo que han visto, y los clasifican en altos o bajos en CD. Con este método realizaron varios estudios transversales y jueces entrenados lograban averiguar la patología del hijo a través de la comunicación de los padres.

Como esto no solucionaba el problema de si la patología se debía a la comunicación de los padres o viceversa, Wynne et al. (1982) realizan un estudio longitudinal con una muestra de familias con hijos no esquizofrénicos pero con características premórbidas afines, y a los 5 años el nivel de predicciones acertadas es muy elevado en base a la CD de los padres. La predicción va a ser mayor utilizando simultáneamente los Estilos Afectivos (AS).

2.2.2. Estilos Afectivos (AS).

Doane et al. (1981) desarrollan un instrumento para estudiar la relación afectiva entre los padres y el hijo, y evalúan las siguientes conductas: Apoyo, crítica, inducción a culpa e intrusismo. Utilizando AS y CD estudian 65 familias de adolescentes con alteraciones psicológicas, pero no psicosis, y a los 5 años las familias altas en CD y AS tenían un hijo esquizofrénico o con otra psicosis. En esta investigación se comprueba que la alteración en la interacción es anterior a la aparición de la esquizofrenia, aunque no explica porqué no todos los hijos de los padres altos en CD y AS son esquizofrénicos. Podría argüirse que los padres actúan de diferente manera con cada hijo, lo cual podría valer para AS siempre que se evaluara la interacción con todos los hijos, pero en CD no se evalúa la interacción sino la capacidad de los padres para comunicarse adecuadamente, y si no pueden no lo harán con ningún hijo. En conclusión, deben existir otros factores que contribuyan a que un hijo de los mismos padres desarrolle una esquizofrenia y otros no, aunque CD y AS sean factores importantes en la etiología y mantenimiento de la esquizofrenia.

2.2.3. Emoción Expresada (EE).

En Inglaterra, a diferencia de USA, no se ocuparon de estudiar el origen

“interaccional” de la esquizofrenia, sino que, a partir de la observación de que los esquizofrénicos que al alta regresaban al hogar recaían más que los que iban a un hogar protegido, Brown y Rutter (1966), Brown y Birley (1968), Brown, Birley y Wing (1972) investigan la actitud emocional de los familiares de los esquizofrénicos. Fruto de sus investigaciones surge el constructo Emoción Expresada que se mide a través de una entrevista semiestructurada, la Camberwel Family Interview (CFI), realizada con cada padre por separado y grabada en audio para ser evaluada por jueces entrenados. La CFI fue reducida por Vaughn y Leff (1976) durando en la actualidad alrededor de una hora.

La EE está compuesta por cinco subescalas: Criticismo (CC), Hostilidad (H), Implicación Emocional Excesiva (IEE), Comentarios Positivos (CP) y Calor (C). Las tres primeras son predictores de la recaída.

El criticismo comprende los comentarios críticos (resentimiento, desaprobación o disgusto) dirigidos a conductas del paciente, (por ej.: “Me fastidia que fume tanto”). Si el familiar expresa seis o más comentarios críticos es calificado como alto en EE.

La hostilidad está presente cuando el familiar desconfirma (rechaza como persona) al paciente, (por ej. “Es un gandúl sin remedio”). Es una escala global que puntúa de 0 a 4; si se da hostilidad, el familiar es calificado como alto en EE.

La implicación emocional excesiva es otra escala global e incluye tres tipos de conductas: Control excesivo de la conducta del paciente, respuesta emocional exagerada (por ej. lloros frecuentes al hablar del paciente) y una conducta de sacrificio y sobreprotección excesivos. La puntuación va de 0 a 5 y se valora alto en EE a partir de 3.

Comentarios positivos es una escala cuantitativa en la que se numeran las expresiones de valoración o aprecio (por ej. “es un buen chico”).

Calor es una escala global que va de 0 a 5 y valora las manifestaciones de afecto e interés.

A la hora de evaluar se tiene en cuenta el contenido y el tono emocional con que se expresa el familiar.

Los familiares altos en EE se caracterizan, según Vaughn y Leff (1981), por: Intrusismo, cólera y/o estrés alto, ansiedad, abierta censura al paciente, marcada intolerancia a los síntomas y largo período de deterioro.

En los hogares altos en emoción expresada las recaídas de los esquizofrénicos a los 9 meses del alta, son mucho más frecuentes que en hogares bajos en EE.

Vaughn y Leff (1976) Leff y Vaughn (1981) señalan que dos factores parecen proteger del efecto negativo de la alta EE: La toma regular de medicación neuroléptica y la reducción del contacto cara a cara con el familiar alto en EE a menos de 35 horas semanales, aunque si al estresor crónico que es la alta EE se le suma un estresor agudo (acontecimiento vital estresante) ambas medidas suelen ser insuficientes para prevenir la crisis.

Fig. 1

Porcentajes de recaída a los 9 meses en un grupo de 128 esquizofrénicos. Leff et al. (1982)

		subgrupos		
grupo total	EE baja 13%	1. Con medicación	12%	
		2. Sin medicación	15%	
	EE alta 51%	Contacto directo <35 hras. 28%	3. Con medicación	15%
			4. Sin medicación	42%
	>35 hras. 69%	5. Con medicación	53%	
		6. Sin medicación	92%	

La EE se ha mostrado como el mejor predictor individual de la recaída en la esquizofrenia según estudios realizados en diferentes países (Leff et al., 1982; Leff y Vaughn, 1985; Vaughn et al., 1984) Este constructo no hace referencia a la etiología (también predice la recaída en otras patologías), sino a la predicción de la recaída en la esquizofrenia ya establecida y abre las puertas a intervenciones dirigidas a reducir el nivel de EE para prevenir la recaída.

2.3. Modelo de la vulnerabilidad al estrés.

Zubin y Spring (1977), Zubin, Magaziner y Steinhauer (1983) proponen un modelo según el cual el riesgo de esquizofrenia no proviene únicamente de factores genéticos o biológicos, sino que confluyen para su aparición otros cambios de la personalidad y conducta. Los factores que componen este modelo son:

1) Vulnerabilidad: Es un rasgo que hace que una persona determinada tenga más probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico. 2) Esfuerzo de Enfrentamiento que deben hacer para sobrellevar situaciones vitales, es mayor cuanto más vulnerable se es. 3) Competencia: es el conjunto de habilidades necesarias para desempeñar roles sociales; es menor en los vulnerables. 4) La Habilidad de Enfrentamiento también es menor en los más vulnerables.

La vulnerabilidad puede deberse a factores genéticos, bioquímicos, factores psicosociales, procesos evolutivos y de aprendizaje. Los estresores ambientales tienen una gran importancia en este modelo y pueden producir dos tipos de efectos: a) Causales o formativos, determinan una alteración estable que hace ser más vulnerable, especialmente si actúan en la infancia. b) Precipitante, provoca un episodio agudo en la persona vulnerable.

Este modelo integra teorías biológicas, del desarrollo y ambientales, pero no

es específico de la esquizofrenia y recuerda al modelo propuesto por Freud para explicar la aparición de las neurosis. Según Freud, la constitución sexual, genéticamente determinada, más las experiencias infantiles conformaban una disposición debida a la fijación de la libido (vulnerabilidad) que unida a experiencias traumáticas (estresores), provocaban la aparición de la neurosis (Freud, 1916).

Ciampi (1983, 1984, 1985), en la misma línea, propone un modelo multicausal para la esquizofrenia en el que tiene en cuenta la fase premórbida, la aguda y la evolución a largo plazo:

1) Fase premórbida: Las influencias genéticas (constitución y defectos pre y perinatales) y las psicosociales (traumas infantiles tempranos, estilo de comunicación familiar, mecanismos de “coping” adquiridos, etc.) determinan una vulnerabilidad premórbida (baja tolerancia al estrés, hipersensibilidad y poca capacidad para enfrentarse a estímulos emocionales y cognitivos complejos de la información).

2) En la fase aguda, un estrés inespecífico provoca la descompensación psicótica aguda, y

3) La evolución a largo plazo dependerá de influencias psicosociales y de las capacidades del paciente, pudiendo ir hacia la remisión total o hacia frecuentes recaídas y deterioro.

Zubin, Steinhauer y Day (1985) propugnan que la esquizofrenia es un trastorno episódico y la cronicidad se debe a la personalidad premórbida y a factores sociales, entre los que se deben incluir la intervención terapéutica, y lo que persistiría es la vulnerabilidad a tener episodios psicóticos.

3. Terapias familiares en la esquizofrenia.

Diferentes modelos van a proponer abordajes familiares específicos para la esquizofrenia: Sistémico, psicoeducacional, conductual, psicoanalítico, etc. Vamos a revisar brevemente estas terapias familiares para ver similitudes y diferencias en cuanto a objetivos y técnicas.

3.1. Terapia familiar sistémica.

Partiendo de los primeros trabajos sobre la familia del esquizofrénico (Bateson et al., 1956; Jackson, 1960; y aplicando la Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy, 1968), la teoría de la comunicación humana (Watzlawick et al., 1967) y la teoría de los tipos lógicos de Russel y Whitehead la terapia sistémica entiende la esquizofrenia como fruto de una disfunción familiar, corrigiendo la cual desaparecería el cuadro clínico. Dos escuelas de terapia familiar sistémica se han ocupado particularmente de la esquizofrenia: La estratégica y la de Selvini.

3.1.1. Terapia familiar estratégica.

Haley (1980) incluye a los esquizofrénicos en el grupo de los “jóvenes excéntricos” o “jóvenes locos” caracterizados por: Problemas sociales (no logran

emanciparse, fracasan en sus estudios o trabajo haciéndose dependientes) y problemas de comunicación (conducta desordenada y anómala). Y atribuye dos funciones a esta conducta: a) Social, estabilizando al grupo familiar y b) metafórica, comunicando al grupo y al exterior que existe un conflicto familiar no explicitado.

“El problema reside en el funcionamiento anómalo de la organización, la cual demanda una conducta comunicativa peculiar, y por ende, procesos de pensamiento peculiares...La intervención terapéutica tendrá máxima eficacia si apunta a la estructura organizacional básica, cambiada la cual cambian también todos los otros factores” (Haley, 1980, p.42).

El fallo organizacional consiste en un problema conyugal no afrontado, que lleva a que los padres se alíen con el hijo trastornado contra el otro cónyuge impidiendo su emancipación. Las premisas de la intervención son: 1) La jerarquía familiar está confusa y el estancamiento en que se encuentra la pareja conyugal es más grave de lo usual, 2) “La persona problemática es orgánicamente sana e inteligente, aunque no lo manifieste. Si está fracasando, lo hace como un modo de proteger a su familia” (Haley, 1980 p.47). 3) La emancipación es una amenaza para la familia, y 4) Los padres presentan el problema del hijo y no el de la familia.

Con esta visión de la esquizofrenia, Haley propone como objetivo terapéutico desligar al hijo de la familia haciendo que los padres no lo necesiten como vehículo de su comunicación y éste pueda hacer su vida. La intervención se basa en que los padres funcionen como coterapeutas haciéndose cargo de la conducta del hijo, y para ello deben fijar metas para el hijo utilizando refuerzos para su consecución.

Los padres deben consensuar las tareas que debe hacer el hijo y los refuerzos que aplicarán (las tareas irán de lo más simple (levantarse, lavarse) a lo más complejo (trabajar). Lo que en apariencia es un simple abordaje conductual tiene unas implicaciones importantes, acordes con las teorías del modelo sistémico.

Si la familia del esquizofrénico se caracteriza por una involucración del hijo en el conflicto parental y éstos le envían mensajes paradójicos que le reafirman en su convicción de que debe estabilizar a la familia “mediante su sacrificio personal” (Haley, 1980, p.44) (por ej. diciéndole que debe ser adulto y tratándole como un niño, o mostrando disgusto cuando se comporta adultamente), el que los padres discutan qué normas ponerle al hijo favorece que aprendan a escucharse y negociar, con lo que se haría una terapia de pareja encubierta. Por otro lado, si ambos padres funcionan como sistema ejecutivo se restablece la jerarquía (el hijo ya no mandará con sus síntomas), se marcan límites entre subsistemas (los padres se alían frente al hijo y por tanto se separan de él) y, finalmente, al acompañar sus órdenes de premios y castigos, envían mensajes congruentes (dicen lo mismo con palabras y hechos) rompiendo la comunicación paradójica.

Haley es partidario de suprimir la medicación lo antes posible y que el joven trabaje y se emancipe, ayudando a los padres a tolerar esa separación (es frecuente que los padres amenacen con el divorcio cuando el hijo comienza a ser autónomo,

lo cual estimula la recaída).

Este abordaje (Haley, 1980; Madanes, 1981; Perrota, 1986) es muy eficaz, en mi experiencia, con adolescentes problemáticos, pero la esquizofrenia es algo más que eso. La casuística presentada por Haley (1980) es de 14 casos de supuesta esquizofrenia (no hace referencia a criterios diagnósticos) y que han tenido un sólo ingreso. Es posible que esta terapia sea efectiva con esquizofrénicos jóvenes de buen pronóstico (buen ajuste premórbido, paranoides, reactivos etc..) evitando intervenciones iatrogénicas y su cronificación, como sugiere Mc Farlane (1983). Pero simplifica peligrosamente un cuadro clínico que puede revestir una gravedad importante, fijando unas metas inalcanzables, con la consiguiente frustración de pacientes, familias y terapeutas.

3.1.2. Abordaje de Selvini

Este abordaje ha sido llamado “terapia sistémica”, “escuela de Milán”, se ha discutido si era una terapia estratégica, el equipo de Selvini ha sufrido varias escisiones y su terapia grandes modificaciones. Por todo ello prefiero llamarlo “abordaje de Selvini” y describir las modificaciones que ha sufrido su terapia familiar de la esquizofrenia.

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata publicaron en 1975 “paradoja y contraparadoja”, libro que causó gran sensación en el campo de la terapia familiar, pues proponían en él intervenciones que modificaban la interacción disfuncional de “familias de transacción esquizofrénica”, las cuales se caracterizaban por un conflicto en la pareja que les llevaba a una “escalada simétrica” negada, con mutuas desconfirmaciones y sin poder definir su relación. El esquizofrénico participaría en ese conflicto en el que frecuentemente estaría involucrada la familia extensa.

Esta descripción de la familia del esquizofrénico se basa en la teoría del Doble Vínculo y en las descripciones de Haley (1959) y Bowen (1960) y la esquizofrenia sería el producto de ese juego relacional en el que “los participantes comunican continuamente a los demás la demanda paradójica de cambiar una relación que no ha sido definida” (Selvini et al. 1975, p.39) y en el que el propio esquizofrénico se implica.

La terapia contraparádójica consiste en detectar cuál es la función del síntoma dentro de las transacciones familiares y dar instrucciones paradójicas que rompan ese juego relacional, para que las relaciones familiares se normalicen y no sea necesaria la conducta anormal.

Posteriormente, Selvini y Prata (1983), en vez de intentar descubrir el juego de cada familia para estructurar la intervención, propusieron utilizar una prescripción única con todas las familias. Esta “Prescripción Invariable” consistía básicamente en que los padres debían salir solos sin dar explicaciones a los hijos, guardar el secreto de la tarea y observar las conductas de los hijos para comentarlas con los terapeutas.

De estos abordajes dirá Selvini “en la etapa paradójica y por mucho tiempo también en la prescriptiva, nuestra relación con los clientes era demasiado tecnicista: Paradojas y prescripciones funcionaban como separadores emotivos, eran jugadas de un juego intelectual. No nos sentíamos cerca de la familia, no decíamos lo que pensábamos. Nos sentíamos unidos únicamente al equipo y protagonistas de una lucha con la familia, aunque fuese para prestarle ayuda” Selvini (1988, p.260).

En 1988 Selvini hace hincapié en el juego familiar describiendo varios tipos de “juegos sucios” en los que la pareja implica a un hijo en su pelea recurriendo a maniobras desleales y enmascaradas. Describe tres tipos de juegos: 1) Embrollado: el comportamiento psicótico aparece cuando el hijo se siente traicionado por el padre cercano. 2) Estrategia basada en el síntoma: Uno de los padres boicotea la mejoría del hijo favoreciendo su cronificación. 3) Instigación: Al paciente contra el otro cónyuge.

Siguiendo con la hipótesis de que la patología del hijo se debe a la disfunción familiar, la estrategia terapéutica se basa en:

- a) El terapeuta evita ser absorbido por el juego.
- b) Utiliza su influencia para invitar a la familia, por medio de prescripciones, a jugar otro juego.
- c) Se revela el juego de la pareja, para abordar los problemas negados.

Actualmente, Selvini da también importancia al individuo en el tratamiento, abandonando el abordaje sistémico radical que le dejaba de lado.

Esta escuela, a través de la descripción de casos de “curaciones” espectaculares, fascinó como la “terapia milagro” de la esquizofrenia, pero el tiempo ha ido demostrando que para la esquizofrenia no existen curaciones mágicas y que las intervenciones “milagrosas” pueden ocasionar graves daños a la familia y paciente, como ha criticado Anderson (1987). Ello no invalida las técnicas desarrolladas por los autores que pueden ser útiles en el abordaje de diferentes patologías, siempre que se usen con prudencia y sin confiar en que una técnica puede curar la esquizofrenia.

3.2. Terapia familiar psicopedagógica.

La terapia psicopedagógica se basa en la teoría de la vulnerabilidad al estrés e incide en los estresores agudos (acontecimientos vitales) y, sobre todo, en los crónicos (emoción expresada de los familiares). Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg (1978) desarrollaron un programa de terapia familiar breve en el que, a lo largo de seis semanas, se daban unas charlas sobre la esquizofrenia y se identificaban los hechos que provocaban estrés en el paciente, para prevenirlos en base a la elaboración de estrategias de resolución de conflictos. En un estudio controlado en el que se aplicó esta terapia acompañada de medicación neuroléptica, a un grupo, y dosis bajas de medicación a otro grupo, consiguieron reducir la tasa de recaídas a los seis meses (Goldstein et al. 1978), pero los resultados se igualaron con el grupo control en el seguimiento a los dos años (Goldstein y Kopeikin, 1981).

Hogarty et al.(1979), Anderson et al. (1983) Anderson, Hogarty y Reiss(1986) desarrollaron, a partir de la experiencia de Goldstein, una terapia psicopedagógica de mayor duración.

Este abordaje comienza con un “Taller de Supervivencia” en el que, en una reunión de 7 horas, se informa a un grupo de familiares sobre la esquizofrenia, su tratamiento y cómo influye en la familia. El objetivo de este taller es que los familiares abandonen las respuestas que incrementan el estrés y refuerzan conductas inapropiadas (Involucración interpersonal, ambientes tolerantes no estructurados) y lograr una reestructuración cognitiva, en relación a la esquizofrenia, que tenga en cuenta la conducta del paciente, la de los familiares y la de los profesionales.

Con la información dada se espera que los familiares:

- a) Comprendan cuándo pueden esperar y exigir más al paciente.
- b) Se forjen expectativas y planes realistas para el futuro.
- c) Comprendan y acepten las limitaciones impuestas por la enfermedad.
- d) Establezcan metas apropiadas y asequibles a corto y largo plazo.
- e) Disminuyan las presiones al paciente después de los ingresos.

Después del taller se pasa a una terapia unifamiliar con la que se intenta establecer un ambiente hogareño, laboral y social sosegado, que sustente la permanencia del paciente dentro de la sociedad y su integración gradual en papeles familiares, sociales y profesionales.

La terapia se divide en tres fases: Reintegración a la sociedad después del alta, Rehabilitación social y profesional y las etapas finales del tratamiento.

En la primera fase se aborda la vulnerabilidad del paciente a la estimulación (el año siguiente al alta es el de máximo peligro de recaída), su tendencia a abandonar la medicación, los síntomas negativos, la tendencia de los familiares a centrar su vida en el paciente, etc. Las sesiones se estructuran en fases: Contacto social, revisión de tareas, resolución de problemas y asignación de nuevas tareas; son quincenales y van dirigidas a la reasunción gradual de responsabilidades por parte del paciente y al mantenimiento adecuado de las fronteras interpersonales y generacionales. Esta etapa puede durar meses o años.

En la segunda fase se aplican los mismos principios a tareas de funcionamiento laboral y social, procurando realizar un solo cambio por vez y fijando metas pequeñas. También se favorece que la familia extienda su red social para evitar la sobreinvolucración y recibir más apoyo.

La tercera fase se inicia cuando el paciente se ha estabilizado en un funcionamiento óptimo y pueden proponerse varias alternativas: Empezar a tratar otras cuestiones familiares o de pareja (la emancipación del hijo, la discordia conyugal, las dificultades en otro hijo, el deseo de uno de los cónyuges de llevar una vida más independiente), pasar a un plan de sesiones menos frecuentes para mantener el cambio, o finalizar la terapia.

La terapia suele durar varios años y recomiendan un contacto periódico con las

familias de pacientes crónicos.

En resumen, tenemos que en la terapia psicopedagógica se rotula al paciente como tal, se da información sobre la esquizofrenia y se prescribe medicación, pero también se incluyen intervenciones de terapia estratégica (Haley, 1976, 1980) estructurales (Minuchin, 1974) y de solución de problemas (Falloon et al. 1984) que tienden a producir una modificación profunda en las relaciones familiares, no porque sean vistas como causa de la esquizofrenia, pero sí de la recaída y cronificación de la misma. Las investigaciones clínicas realizadas con este modelo (Hogarty et al., 1986) confirman su eficacia con pacientes crónicos.

3.3. Terapia familiar conductual.

Se centra fundamentalmente en dos tipos de intervenciones: Entrenamiento en habilidades de comunicación y en solución de problemas (Falloon y Liberman, 1983; Fallon et al., 1984; Falloon, 1986).

Falloon y Liberman (1983) describen tres categorías de problemas en las familias de esquizofrénicos: 1) Trastornos causados por la conducta sintomática y socialmente inadaptada del paciente: Introversión social por un lado y conducta agresiva, bizarra y perturbadora por otro. 2) Ansiedad e irritabilidad experimentada por los familiares. 3) Trastornos en las relaciones sociales de las familias.

Antes de la intervención realizan una evaluación conductual en tres niveles: Identificar habilidades y déficits de cada miembro, de la familia en general e identificar el papel que cada conducta problemática concreta tiene en el funcionamiento del grupo familiar. Para ello observan la comunicación y las habilidades en resolución de problemas. Otro aspecto tenido en cuenta es la Emoción Expresada medida a través de la CFI.

El formato de intervención conductual es variado, incluyendo talleres educativos, entrenamiento en comunicación y en solución de problemas en grupos multifamiliares y entrenamiento en resolución de problemas en el hogar.

Falloon (1986) propone un abordaje conductual en cuatro fases que incluye:

1) Psicoeducación: 2-3 sesiones sobre la esquizofrenia para fortalecer la toma de medicación y para proveer las bases de un tratamiento del estrés basado en la familia.

2) Entrenamiento comunicacional que incluye: Escuchar empáticamente a una persona ansiosa y esclarecer el problema exacto que provoca la ansiedad; expresión mutua de sentimientos positivos y negativos en relación a la conducta específica de los miembros de la familia, y hacer peticiones constructivas de cambio de conducta en algún miembro. Para ello se utiliza fundamentalmente el modelado y tareas.

3) Entrenamiento en resolución de problemas siguiendo seis pasos: Definir el problema, buscar las soluciones posibles, discutir cada solución viendo ventajas y desventajas, elegir la mejor solución, planear como llevarla cabo y, finalmente,

revisar la puesta en práctica y reforzar los esfuerzos.

4) Entrenamiento en habilidades sociales y condicionamiento operante.

La terapia familiar conductual recoge las aportaciones de la teoría de la vulnerabilidad al estrés, de la comunicación desviada (CD) de los estilos afectivos (AS) y la emoción expresada (EE) y, aplicando técnicas conductuales, intenta reducir los estresores familiares y entrenar al esquizofrénico para que pueda desenvolverse en el medio social tolerando los acontecimientos vitales estresantes.

La eficacia de este abordaje ha sido demostrada en estudios controlados (Falloon et al.,1985; Doane et al.,1986; Tarrrier et al.,1988; Rea et al.,1991).

3.4. Terapia familiar múltiple.

Mc Farlane y Beels (1983) resaltan, para la intervención, cuatro características de las familias de esquizofrénicos:

- Emoción Expresada (EE).
- Comunicación Desviada (CD).
- Aislamiento familiar, que favorecería la alta EE.

- Estigma-Carga. El estigma se refiere al rechazo social y la vergüenza por tener un familiar esquizofrénico. La carga puede ser subjetiva (sensación de derrota, culpa, cólera, sentimiento de inadecuación) y objetiva (agotamiento económico, estrés).

Mc Farlane (1983) propone la terapia familiar múltiple (TFM) para, interviniendo en los factores antes citados y aceptando la contribución biológica a la etiología y curso de la enfermedad, alcanzar los siguientes objetivos: 1) Prevención de la recaída (al reducir la EE, el aislamiento y el estigma-carga); 2) Mejora del funcionamiento psicosocial (corrección de patrones que inducen a la dependencia); 3) Extensión de la red social.

En la TFM se van a dar cuatro tipos de intervenciones:

Tipo 1: Autotriangulación: El terapeuta se interpone ente las familias o los miembros (Apoyando, bloqueando interacciones, clarificando).

Tipo 2: Interpretación grupal: Establecer reglas, compartir reacciones personales, señalar aspectos comunes en familias, realizar interpretaciones grupales convencionales etc. Estas intervenciones favorecen la cohesión grupal.

Tipo 3: Enlace transfamiliar: Se invita a una familia a comentar lo observado en otra; por ej. cuando le preguntan al terapeuta, éste desvía la pregunta al grupo o a otro miembro.

Tipo 4: Tratamiento interfamiliar: El terapeuta refuerza, regula, desconfirma interacciones, por ej. felicita a un miembro por su intervención con otras familias.

Este autor propone cuatro tipos TFM en base a que el grupo sea cerrado o abierto y la duración breve o larga: 1) TFM de corto plazo y participación abierta: Se usa en las crisis y es educativa. 2) TFM de corto plazo y participación cerrada: Se da educación sobre la esquizofrenia. 3) TFM de largo plazo y participación

abierta: En ella los “veteranos ayudan a los “novatos”. 4) TFM de largo plazo y participación cerrada: Es recomendada para los crónicos.

La TFM de largo plazo y participación cerrada es con la que se obtienen mejores resultados, según Mc Farlane (1983), y se desarrolla a lo largo de cuatro fases:

Fase 1: Captación del grupo: Se conciertan unas entrevistas con cada familia y se exploran sus conocimientos sobre la esquizofrenia, habilidades de afrontamiento, vulnerabilidad de cada miembro, y se les explican los objetivos y el proceso del grupo: Comprender y compartir, aprendizaje y apoyo social.

Seguidamente se compone un grupo de 4-7 familias homogéneo en cuanto al diagnóstico y composición familiar y heterogéneo en cuanto a clase social, y estilos familiares. Las dos primeras sesiones son charlas sobre la esquizofrenia y previamente se les ha reunido a los pacientes para explicarles como va a ser el grupo.

Fase 2: Cohesión grupal: Se presentan los miembros y el terapeuta va haciendo intervenciones tipo 1 y progresivamente tipo 2 y 3.

Fase 3: Desvinculación y resolución de problemas: Es una terapia grupal real en la que se rompen los vínculos familiares y los subgrupos. El terapeuta pasa, de ser controlador, a instigador y facilitador, mediante intervenciones tipo 1 y 3. En esta fase se favorece la emancipación de los hijos.

Fase 4: Construcción de una red social: A los 2-3 años las recaídas han disminuido y los demás son vividos como compañeros o vecinos. Los temas se centran en los padres, fundamentalmente en facilitar su socialización, ahora que no necesitan centrarse en el hijo. Se emplean intervenciones tipo 3 y 4 y el terapeuta se pone en un segundo plano.

Los procesos que promueven el crecimiento y la reducción de síntomas serían:

- Resocialización de la familia, al ayudarles a superar su aislamiento en el grupo, el cual se convierte en una red “natural”.

- Revocación del estigma: No son los únicos, comparten temores, culpas, vergüenza, sentimientos de pérdida por lo que el hijo pudo ser; el grupo se convierte en red social de aceptación. Y la carga: Al hablar y recibir comprensión, ayuda mutua, aprender nuevas estrategias.

- Reducir la EE, al hablar unos de otros en cuanto a sus actitudes con los hijos, pueden prestar atención a otros pacientes, aprenden de los otros etc.

- Normalización de la comunicación familiar al poder hablar más abiertamente.

- Manejo de las crisis y la medicación: Aprenden a detectar síntomas prodrómicos y utilidad de la medicación.

La TMF permite acceder a varias familias simultáneamente, con un ahorro de terapeutas necesario en la asistencia pública, y su larga duración se contrarresta con el soporte social que se brindan las familias, el cual es necesario con los pacientes crónicos por los aspectos antes señalados.

3.5. Paquete de intervenciones sociales.

Leff et al. (1982) desarrollaron una gama de estrategias dirigidas a bajar el nivel de EE y el contacto por debajo de 35 horas semanales, para reducir la tasa de recaídas. La intervención consta de tres elementos: Un programa educativo, un grupo de familiares y sesiones de terapia familiar.

1) El programa educativo: Compuesto por cuatro charlas sobre la esquizofrenia (etiología, síntomas, desarrollo, tratamiento y manejo) que se imparten en el hogar de cada familia.

2) Grupo de familiares: Un máximo de siete se reúnen con dos terapeutas en sesiones quincenales de 1 hora y media. En el grupo se incluyen familiares altos y bajos en EE y se les anima a que presenten sus problemas y las soluciones intentadas para que aprendan nuevas estrategias. Otros objetivos son el disminuir el aislamiento social y el que viertan sus emociones en el grupo en vez de en el paciente.

3) Sesiones familiares: El objetivo es reducir el EE y/o el contacto cara a cara con técnicas conductuales e interpretaciones dinámicas.

Diversos estudios han probado la eficacia de este tratamiento (Leff et al., 1981, 1982, 1985) y de cada uno de sus elementos (Leff et al., 1989).

3.6. Terapia familiar psicoanalítica.

Boszormenyi-Nagy (1972) y Stierlin (1977) proponen una terapia familiar "transgeneracional" basada en el psicoanálisis, aunque recogen también aportaciones del enfoque comunicacional. La esquizofrenia es vista como el resultado de una interacción familiar disfuncional, en la que el esquizofrénico, o está vinculado afectiva (dependencia), cognitiva (atribución de debilidad o maldad) y lealmente (culpa por la separación) con la familia, o se le delega un rol necesario para la familia y se le culpabiliza si no lo cumple. En ambos casos el esquizofrénico cumple una función necesaria para la estabilidad de la familia.

La terapia familiar irá orientada a analizar los conflictos, romper la vinculación excesiva y redistribuir la misión delegada, de manera que sea innecesaria la conducta invalidante esquizofrénica.

Estos autores no ofrecen datos de los resultados obtenidos, ni de las características clínicas de los sujetos tratados, siendo sus aportaciones más teóricas que técnicas en la terapia de la esquizofrenia.

4. Conclusiones.

Todos los modelos de terapia familiar aceptan que las relaciones familiares influyen en el curso de la esquizofrenia y que la terapia familiar es necesaria para intentar mejorar el pronóstico.

Las diferencias vienen dadas por la aceptación o el valor dado a los factores estudiados, que pueden resumirse en:

- Causalidad familiar versus vulnerabilidad genética.

- El papel de la medicación.
- Educación sobre la esquizofrenia.
- La emoción expresada como factor pronóstico de primer orden.
- La comunicación familiar.
- El entrenamiento en resolución de problemas.
- La necesidad de rehabilitación social.
- Las relaciones familiares.

Vamos a revisar estos factores para ver donde se ubica cada modelo y mostrar similitudes y diferencias.

1) Causalidad familiar versus vulnerabilidad genética.

Mientras no se descubra un gen causante de la esquizofrenia, no es posible saber si la conducta esquizofrénica se debe a la herencia genética, a la ambiental, o a una conjunción de ambas. El que la esquizofrenia se pueda deber a relaciones familiares disfuncionales desde la temprana infancia fue defendido por el psicoanálisis y, posteriormente, por los sistémicos. Actualmente los estudios sobre Estilos Afectivos (Doane et al. 1981) y sobre Comunicación Desviada (Wynne y Singer, 1967) parecen apoyar la hipótesis de un papel etiológico "familiar" en la esquizofrenia, pero no excluyen los factores genéticos, los cuales no son determinantes de incurabilidad (hay un 20% de remisiones espontáneas).

Desde los modelos sistémico y psicoanalítico se mira con recelo a cualquier teoría que pueda reforzar el rol de paciente, pues dificultaría el focalizar la intervención en las relaciones familiares, mientras que los demás modelos aceptan la teoría de la vulnerabilidad al estrés.

Si el esquizofrénico es joven, con pocas crisis y buen pronóstico, quizás sea conveniente no hablar de "enfermedad" y centrarse en problemas "adolescentes", como recomienda Haley (1980), pero si es crónico y de mal pronóstico ese planteamiento puede crear falsas expectativas a la familia, aparte de ser poco creíble que un esquizofrénico de esas características se pueda equiparar a un adolescente normal. Es decir, se deberían evitar los excesos de pesimismo y optimismo, pues ambos pueden interferir en el proceso terapéutico.

2) El papel de la medicación.

Aquí encontramos los mismos bloques, los modelos sistémico y psicoanalítico están generalmente en contra de la medicación, mientras que los demás la consideran imprescindible. Durante el año siguiente a una crisis existe gran riesgo de recaída (Anderson et al., 1986). Si forzamos el proceso de rehabilitación y proscribimos la medicación, es muy posible que el paciente recaiga y los padres pierdan la fe en el tratamiento. La recomendación de Haley (1980) de quitar la medicación lo antes posible, puede ser eficaz con jóvenes de buen pronóstico y poca sintomatología, pero puede ser catastrófica en otros casos. Es bien sabido que la medicación tiene poco efecto sobre los síntomas negativos y que en dosis excesivas puede ser más perjudicial que benigna, pero el control de los síntomas positivos, y otros asociados,

se hace necesario por la peligrosidad de los mismos y el sufrimiento del paciente y de la familia, y esto puede ser prioritario frente a la desventaja de “rotular” al paciente como tal.

3) Educación sobre la esquizofrenia.

El objetivo de Leff y Vaughn (1976) al informar a los familiares sobre la esquizofrenia era disminuir el criticismo dirigido frecuentemente a los síntomas negativos; es decir, si los familiares comprendían que esas conductas eran fruto de la enfermedad serían menos críticos y disminuiría el nivel de EE y las recaídas. Otros objetivos adicionales son los señalados en el apartado correspondiente. Las diferencias entre modelos siguen las mismas líneas señaladas antes.

4) La EE como factor pronóstico.

Aunque los modelos sistémico y psicoanalítico no recogen directamente las aportaciones de este constructo, sus intervenciones van a intentar, entre otras cosas, neutralizar la hostilidad, la crítica y la implicación emocional excesiva, pues son consideradas nocivas desde su propio modelo teórico. Quizás les pueda ser de utilidad al terapeuta sistémico y al psicoanalista conocer la gran importancia de la EE para hacer especial incapié en esas conductas de los familiares.

5) Comunicación familiar.

La importancia de la comunicación en las familias de esquizofrénicos ha sido señalada desde los años 50 y todos los modelos intervienen, de una u otra manera, en ese nivel. Pero los excelentes resultados obtenidos con el entrenamiento conductual en comunicación (Hogarty et al., 1986) obligan a estudiar estos programas para ver si se pueden enriquecer en algo los otros modelos.

6) Resolución de problemas.

Lo dicho respecto a la comunicación se puede aplicar a este apartado.

7) Rehabilitación social.

Aunque la esquizofrenia se debiera únicamente a la interacción familiar, si el paciente lleva varios años de trastorno va a tener déficits en socialización, que pueden ser resueltos con la terapia familiar o necesitar de una rehabilitación social. Si el terapeuta de familia conoce la gravedad del problema que trata y no está cegado por las excelencias de su modelo, no tendrá dificultades a la hora de evaluar la necesidad de una rehabilitación social del esquizofrénico. Otro problema será la posibilidad de contar con unos servicios que oferten programas de rehabilitación, hogares protegidos y empleo, lo cual no abunda en nuestro medio.

8) Relaciones familiares.

Todos los modelos han recogido, más o menos explícitamente, los conceptos sistémicos de jerarquía (Haley, 1976, 1980) y estructura familiar (Minuchin, 1974) y van a realizar intervenciones dirigidas a marcar subsistemas, favorecer, en la medida de lo posible, la emancipación del hijo, etc.

Respecto al conflicto conyugal de los padres de esquizofrénicos, sea éste causa o efecto de la esquizofrenia, casi todos los modelos reservan este tema para el final

de la terapia familiar, y lo abordan si es que lo proponen los padres y/o es muy evidente. El sufrimiento familiar también será tenido en cuenta por todos los modelos.

Actualmente las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones familiares en la esquizofrenia están en pleno auge y la tendencia a integrar aspectos de los diferentes modelos es muy común. Se echa en falta la investigación empírica de los resultados de varios de los modelos citados y el estudio de los cambios producidos por la intervención a más niveles, como recomiendan Gurman y Kniskern (1986). Esperamos poder aportar algo en este sentido, con una investigación que finalizaremos en breve.

En este artículo, el autor revisa algunos aspectos diagnósticos de la esquizofrenia y su evolución. En segundo lugar describe los modelos médico, ambiental y de la vulnerabilidad al estrés, explicativos de la esquizofrenia. Seguidamente habla de las terapias familiares de la esquizofrenia: Sistémicas, psicoeducacionales, conductuales, psicosociales y psicoanalíticas. Para, finalmente, señalar las similitudes y diferencias de los diferentes abordajes.

NOTA: Este trabajo ha sido financiado por la beca 006.230-0038(89), concedida por la Universidad del País Vasco.

Referencias bibliográficas

- ANDERSON, C.M. Y STEWART, S. (1983). *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York: The Guilford Press.
- ANDERSON, C.M., REISS, D.J. & HOGARTY G.E. (1986). *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: The Guilford Press.
- ANDERSON, C.M., SELVINI, M. & DINICOLA, V. (1987). Giochi psicotici: Terapia o ricerca. *Terapia familiare*, 25, 35- 48.
- ANDREASEN, N. & AKISKAL, H. (1983). The specificity of bleulerian and schneiderian symptoms: A critical reevaluation. *Psychiatric*, 6, 41-55.
- BATESON, G. (1960). The group dynamics of schizophrenics. en L. Appleby, J.M. Sher & J. Cumming (Eds.) *Chronic schizophrenia: Explorations in theory and treatment*. Glencoe: Free Press.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J. & WEAKLAND, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., & WEAKLAND J. (1963). Notes on double bind. *Family Process*, 1, 154-161.
- BOWEN, M. (1960). A family concept of schizophrenia. En D.D. Jackson (Ed) *The etiology of schizophrenia*. New

York: Basic Books.

- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK, G (1972). *Invisible loyalties*. New York: Brunner/Mazel.
- BROWN, G.M. & RUTTER, M. (1966). The measurement of family activities and relationships. *Human relation*, 19, 241-263.
- BROWN, G.M., & BIRLEY, J.L.T. (1968). Crisis and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health and social behavior*, 9, 203-214.
- BROWN, G.M., BIRLEY, J.L.T. & WING, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenia disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- CIOMPI, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.
- CIOMPI, L. (1984) Is there really a schizophrenia?. The long term course of psychotic phenomena. *British Journal of Psychiatry*, 145, 636-640.
- CIOMPI, L. (1985). Aging and schizophrenic psychosis. En P. Tienari, A. Hemmi & J. Lonquist (Eds.) *New perspectives in psychiatric research*. Copenhagen: Munksgaard.
- CROW, T.J. (1980). Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British J. of Psychiatry*, 137, 383-389.
- CROW, T.J. (1982). Two syndromes in schizophrenia. *Tins*, X, 351-4.
- DOANE, J.A. (1978). Family interaction and communication deviance: An exercise of epistemological confusion. *Family Process*, 17, 357-376.
- DOANE, J.A., GOLDSTEIN, M.J. & RODNICK, E.H. (1981). Parental patterns of affective style and the development of schizophrenia spectrum disorders. *Family Process*, 20, 337-349.
- DOANE, J.A., GOLDSTEIN, M.J. & MINKLOWITZ, D.J. (1986). The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *British J. Psychiatry*, 148, 279-287.
- FALLOON, I.R.H. (1986). Behavioral family therapy for schizophrenia: Clinical, social, family and economic benefits. En M.J. Goldstein, I. Hand & K. Hahlwing (Eds.) *Treatment of schizophrenia*. Berlin: Springer-Verlag.
- FALLOON, I.R.H. & LIBERMAN, R.P. (1983). Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenia. En W.r. McFarlane (Ed.) *Family therapy in schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L. & MC GUILL, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia. A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: The Guilford Press.
- FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L., MCGUILL, C.W. et al. (1985). Family versus individual management in the prevention of morbidity of schizophrenia: I clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- FRANK, G.H. (1965) The role of the family in the development of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 64, 191-205.
- FREUD, S. (1916) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. O.C. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOLDSTEIN, M.J., RODNICK, E.H., EVANS, J.R., MAY, P.R.A. & STEINBERG, M.R. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.
- GOLDSTEIN, M.J. & KOPEIKIN, H. (1981). Short and long term effects of combining drug and family therapy. En M.J. Goldstein (Ed.) *New developments in interventions with families of schizophrenics*. San Francisco: Jossey-Bass.
- GOTTESMAN, I.I. & SHIELDS, J. (1976) A critical review of recent adoption, twin, and family studies on schizophrenia: Behavioral genetics perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 360-398.
- GOTTESMAN, I.I. & SHIELDS, J. (1982). *Schizophrenia: The epigenetic puzzle*. London: Cambridge University Press.
- GURMAN, A.S., KNISKERN, D.P. & PINSOFF, W.M. (1986) Research on the process and outcome of marital and family therapy. En S.L. Garfield & L.E. Bergin, *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley and Sons.
- HALEY, J. (1959). Interactional description of schizophrenia. *Psychiatry*, 22, 321-332.
- HALEY, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- HALEY, J. (1980). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: Mc Graw-Hill.
- HOGARTY, G.E., SCHOOLER, N.R., ULRICCH, R., MUSSARE, F., FERRO, P. & HERRON, E. (1979). Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1283-1294.
- HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J. et al. (1986) Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. one year effects of a controlled

- study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- LEFF, J. & VAUGHN, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: A two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- LEFF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLINE-FRIES, R. & STURGEON, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenia patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- LEFF, J., & VAUGHN, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. New York: The Guilford Press.
- LEFF, J., BERKOWITZ, R. & STURGEON, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- LEFF, J., BERKOWITZ, R., SHAVIT, N., STRACHAN, A., GLASS, C. & VAUGHN, C. (1989). A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.
- LIDZ, T., CORNELISON, A. R., TERRY, D. & FLECK, D. (1958). The intrafamilial environment of schizophrenic patient. VI. The transmission of irrationality. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, 305-316.
- MADANES, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- MC FARLANE, W. R. (1983). *Family therapy in schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- MC FARLANE, W. R. & BELLS, C. (1983). Family research in schizophrenia: A review and integration for clinicians. En W. R. Mc Farlane (Ed.) *Family therapy in schizophrenia* (pp.311-324). New York: The Guilford Press.
- MELTZER, H. Y. (1979). Biochemical studies in schizophrenia. En L. Bellack (Ed.) *Disorders of schizophrenia syndrome* (pp.45-135). New York: Basic Books.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- PERROTTA, P. (1986). Leaving Home: Later stages of treatment. *Family Process*, 25, 3461-474.
- REA, M. M., STRACHMAN, A. M., GOLDSTEIN, J., FALLON, I. & HWANG, S. (1991). Changes in patient coping style following individual and family treatment for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 158, 642-647.
- RISKIN, J. & FAUNCE, C. (1972). An evaluative review of family interaction research. *Family Process*, 11, 365-455.
- SELVINI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. F. & PRATA, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milan: Feltrinelli.
- SELVINI, M. & PRATA, G. (1983). A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families. En H. Stierlin, L. C. Wynne & M. Wirsching (Eds.). *Psychosocial intervention in schizophrenia. An international view*. Berlin: Springer.
- SELVINI, M., CIRILLO, C., SELVINI, M. & SORRENTINO, A. M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milan: Raffaello Cortina Editore.
- SPITZER, R. L. et al. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition revised*. The American Psychiatric Association.
- STEPHENS, J. H., ASTRUD, C. & MAGRUM, J. C. (1966). Prognosis factors in recovered and deteriorated schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 122, 1116-1121.
- STIERLIN, H. (1977). *Psychoanalysis and family therapy*. New York: Jason Aronson.
- TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C., VAUGHN, C., BAMRAH, J. S., PORCEDDU, K., WATSS, S. & FREEMAN, H. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioral intervention With families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- TSUANG, M. T., WINOKUR, G. (1974). Criteria for subtyping schizophrenia: Clinical differentiation of hebephrenic and paranoid schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 31, 43-47.
- VAUGHN, C. & LEFF, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinic Psychology*, 15, 423-429.
- VAUGHN, C. & LEFF, J. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenics patients. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 43-45.
- VAUGHN, C., SNYDER, K. S., JONES, S., FREEMAN, W. B. & FALLON, I. R. H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse: A californian replication of the british research on expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.
- VON BERTALANFFY, L. (1968). *General Systems theory*. New York: Brazillier.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H. & JACKSON, D. D. (1967) *Pragmatics of communication*. New York: Norton.
- WYNNE, L. C. (1968). Methodological and conceptual issues in the study of schizophrenics and their families. En D. Rosenthal & E. Kety (Eds.) *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon.
- WYNNE, L. C. (1983). Family research and family therapy. A reunion?. *Journal of marital and family therapy*, 9, 113-118.

- WYNNE,L.C. & SINGER,M.T. (1963). Differentiation characteristic of parents of childhood schizophrenics, neurotics and young adult schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 120, 234-243.
- WYNNE,L.C.& SINGER,M.T. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics. IV Results and implications. *Archives of general Psychiatry*, 12,201-212.
- WYNNE,L.C. & SINGER,M.T. (1966). Principles for scoring communication defects and deviance in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT manuals. *Psychiatry*, 24, 260-288.
- WYNNE,L.C. RYCKOFF,J.M., DAY,J. & HIRSCH,S.I. (1958). Pseudo- mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- WYNNE, L.C., SINGER, M.T., DOANE, J.A.,JONES. J.,FISHER, L. & RITZLER, B. (1982). Parental communication deviance as a predictor of competence in children at risk for adult psychiatric disorder. *Family Process*,2, 211-223.
- ZUBIN,J. & SPRING, B. (1977). A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal Psychology*,86,103-126.
- ZUBIN,J.,MAGAZINER,J.& STEINHAUER,S.R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: From chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.
- ZUBIN,J.,STEINHAUSER,S.R. & DAY, R. et al. (1985). Schizophrenia at the crossroads: A blueprint for the 80s. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 217-240.

