

# O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos

MANUEL GONÇALVES-PEREIRA (\*)  
MIGUEL XAVIER (\*)  
GRÁINNE FADDEN (\*\*)

## INTRODUÇÃO

As origens do modelo cognitivo-comportamental de terapia familiar remontam à década de sessenta do século XX, com abordagens a casais em crise (sem história de doença mental grave em qualquer dos membros do casal) e a famílias de crianças apresentando problemas de conduta. Nestes casos, a ênfase era colocada não tanto na patologia, mas sobretudo em défices ou excessos comportamentais a modificar, incidindo nos componentes quantificáveis, quer internos (pensamentos) quer externos (acções). Mais recentemente, os terapeutas têm vindo a concentrar-se no significado do comportamento e nas cognições a ele subjacentes.

Ainda que integrando princípios sistémicos, a escola comportamental de terapia familiar traçou percursos distintos dos modelos centrados no *insight*, transgeracionais, estruturais, estratégicos ou outros. Apesar desta diferenciação, a escola comportamental absorveu vários aspectos daqueles modelos, da mesma forma que também muitos terapeutas sistémicos incluem na sua prática clínica técnicas de inspiração cognitivo-comportamental (directivas, com sugestão activa e trabalhos de casa) (Glick et al., 2000).

Em 1984, Ian Falloon e colaboradores publicaram os resultados globais de uma intervenção em famílias de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, a que chamaram “Terapia Familiar Comportamental” (TFC). Esta designação significava que a base de trabalho era a família em conjunto, implicando a inclusão nas sessões de todos os elementos disponíveis, nomeadamente da pessoa com doença psicótica (Falloon, Boyd & McGill, 1984).

Paralelamente, estavam em desenvolvimento outras experiências com trabalho psicoeducativo em grupos de famílias de doentes psicóticos (Lieberman, 1970).

O encontro de Falloon e Liberman, em Londres,

---

(\*) Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. E-mail: gpereira.sm@fcm.unl.pt

(\*) Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

(\*\*) Birmingham and Solihull Mental Health Trust, Universidade de Birmingham.

na década de 70, foi decisivo na génese da TFC. A conjugação da experiência de ambos levou à realização de estudos sistemáticos de terapia multifamiliar (envolvendo algum trabalho com cada família, isoladamente), em combinação com treino sistemático de aptidões sociais para os doentes: tanto em Inglaterra (Falloon et al., 1981) como nos EUA (Lieberman et al., 1981), os resultados foram muito promissores.

Na sequência temporal deste processo, e na tentativa de isolar os componentes mais eficientes da intervenção familiar, Ian Falloon burilou um modelo de intervenção que se viria a centrar no desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas de cada família em separado (não em grupos multifamiliares).

As intervenções para famílias de doentes psíquicos (ou com outros tipos de perturbação mental grave) inspiradas na técnica de Falloon serão designadas, neste artigo, por TFC, expressão consagrada na literatura, e não por *intervenções psicoeducativas unifamiliares de inspiração comportamental*, como seria talvez mais correcto.

Integram-se, sem dúvida, nos critérios gerais para *psicoeducação*, de acordo com a declaração de consenso promovida em 1998 sob os auspícios da *World Schizophrenia Fellowship* (McFarlane et al., 2003) tanto quanto aos objectivos como quanto aos princípios (Fadden, 1998).

Recentemente, tem sido também adoptada a expressão inglesa *Behavioral Family Management* para designar o conjunto de intervenções familiares (incluindo não apenas a TFC) que adoptam objectivos talhados para cada família e um enfoque mais psicoeducativo que “terapêutico” (Lieberman & Lieberman, 2003). O abandono do termo “terapia”, como em “Terapia Familiar Comportamental”, prende-se, assim, com duas ordens de razões. Em primeiro lugar, para frisar que a perspectiva de intervenção não é a da terapia familiar mais clássica. Em segundo lugar, tendo em conta a visão das famílias, para evitar o estigma associado ao termo “terapia” e a culpabilização por vezes subjacente às atitudes de alguns terapeutas (tomando a família como “bode expiatório” da doença mental de um dos seus elementos).

#### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O enquadramento conceptual da TFC consiste no reconhecimento da esquizofrenia como uma

doença de origem biológica, em que os factores de ordem psicossocial (nomeadamente os factores familiares) assumem relevância na determinação das recaídas e no prognóstico em geral. Mais concretamente, adopta-se um modelo de tipo “vulnerabilidade-stress”, que pressupõe a interacção entre uma diátese individual (duradoura) e o *stress*, no desencadear dos episódios agudos (Zubin & Spring, 1977).

À semelhança de outras formas de intervenção com famílias de pessoas doentes, na TFC assume-se pragmaticamente que a família não é, *a priori*, enquanto sistema, portadora de “doença” ou disfunção. Consequentemente, assume-se que cada membro da família tenta fazer o seu melhor, dadas as suas limitações específicas de personalidade e circunstância, mas reconhece-se simultaneamente que qualquer indivíduo ou família pode reagir a circunstâncias adversas (como a doença mental grave de uma pessoa próxima) de uma forma nem sempre construtiva. O facto de estas reacções chegarem a determinar efeitos perniciosos não deverá conduzir à culpabilização da família, mas sim ao desenvolvimento de estratégias que potenciem os seus recursos positivos – no fundo, *ajudar a ajudar* mais eficazmente o familiar em sofrimento psíquico.

É neste ponto que converge a investigação e intervenção na área das “emoções expressas” (EE), correspondendo à pontuação de um teste familiar que avalia hiperenvolvimento emocional, hostilidade e comentários críticos, dirigidos mais à pessoa com doença psicótica do que aos seus comportamentos.

Este constructo empírico, inicialmente proposto por George Brown et al. (1962), foi validado como um conjunto de atitudes familiares associado ao risco de recaídas em doentes com esquizofrenia (Brown, Birley & Wing, 1972). Questiona-se, no entanto, qual o verdadeiro significado das EE, como causa ou efeito das manifestações de psicose: já foi inclusivamente proposta uma designação alternativa de “exasperação expressa”, no sentido em que estas atitudes poderão não passar, por vezes, de um reflexo da sobrecarga familiar e da tensão relacional exacerbada pela própria crise psicótica. No fundo, as EE podem existir em qualquer família: o que a investigação tem provado é que elas são especialmente deletérias para pessoas com vulnerabilidade psicótica. Regista-se uma defesa crescente do *modelo integrado* (que interpreta as EE

como resultado da interacção circular entre características de doentes e familiares, i.e, mais como um factor associado às recaídas do que como uma causa, em sentido estrito, das mesmas) (Sczufca & Kuipers, 1998).

A questão da “normalidade” familiar é complexa. Talvez seja preferível falar de “famílias que funcionam bem” ou “que tendem a funcionar bem na maioria das circunstâncias”. Bloch et al. (1994) tentaram sistematizar alguns elementos cruciais a este respeito: a existência de papéis familiares bem definidos; de relações afectuosas onde impere o respeito; de uma comunicação clara, aberta e directa; de regras explícitas de conduta; de capacidade de resolução de problemas e adaptação a situações novas, bem como de relação com outros grupos (exo-familiares). O facto é que muitas famílias de pessoas com esquizofrenia funcionam desta forma ou, pelo menos, apresentam índices diminutos de EE (facto corroborado pela clínica e pela investigação) (Brady & McCain, 2005).

Na TFC, reconhece-se a dificuldade das famílias em manter ou adoptar as estratégias de *coping* mais adequadas em circunstâncias adversas. Por outro lado, postula-se que, caso seja possível dotar

cada membro da família de competências relacionais acrescidas, a capacidade de reagir sistematicamente às mesmas circunstâncias sairá reforçada. Alguns princípios estigmatizantes, como a própria “separação construtiva” de Stein e Test (1980) são hoje considerados obsoletos enquanto estratégia universal. Mas a família ainda não é, infelizmente, reconhecida na prática como recurso terapêutico natural, primordial e imediato (por preconceito ou alegada escassez de recursos).

O objectivo da TFC traduz-se, assim, em dotar as famílias de mais conhecimentos sobre a doença psicótica e de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitem a gestão de *stress* no quotidiano e nas crises acidentais (pessoais, familiares). Trata-se de uma intervenção focal, de duração limitada e com objectivos bem definidos, guiada pela avaliação funcional da família (Quadro 1).

Nem sempre a promoção do *insight* assegura a mudança comportamental necessária a uma modulação eficaz do *stress*. Por outro lado, algumas mudanças positivas no comportamento podem preceder e potenciar o *insight*.

A ênfase inicial no componente educativo sobre

#### QUADRO 1 *Características principais da TFC*

- 
- Abordagem unifamiliar
  - Responsabilidade perante a família como sistema (e perante cada membro da família em particular)
  - Modelo pedagógico psicoeducativo participado:
    - discussão da informação relacionada com a doença
      - ⇒ aquisição de competências específicas que permitam lidar com ela
    - treino de competências genéricas de comunicação e resolução de problemas
  - Focalização em estratégias cognitivo-comportamentais
  - Intervenção com objectivos precisos, tendencialmente breve mas com possibilidade de sessões de manutenção
  - Não se abordam directamente:
    - o *insight*
    - as “emoções expressas”
    - a estrutura familiar
    - os problemas vividos pela família, excepto no decurso de crises graves (sobretudo nas fases iniciais da intervenção)
-

a doença e aspectos relacionados radica em razões diversas. Em primeiro lugar, não é possível pedir a uma família em que alguém sofre de doença mental que resolva eficazmente os problemas quotidianos com que se depara, sem que sejam discutidas as implicações práticas desse diagnóstico. Em segundo lugar, as crenças de saúde mental predizem alguns resultados das intervenções psicossociais na esquizofrenia, pelo que terá fundamento toda a tentativa de modificação de crenças não adaptativas (Lobban, Barrowclough & Jones, 2004).

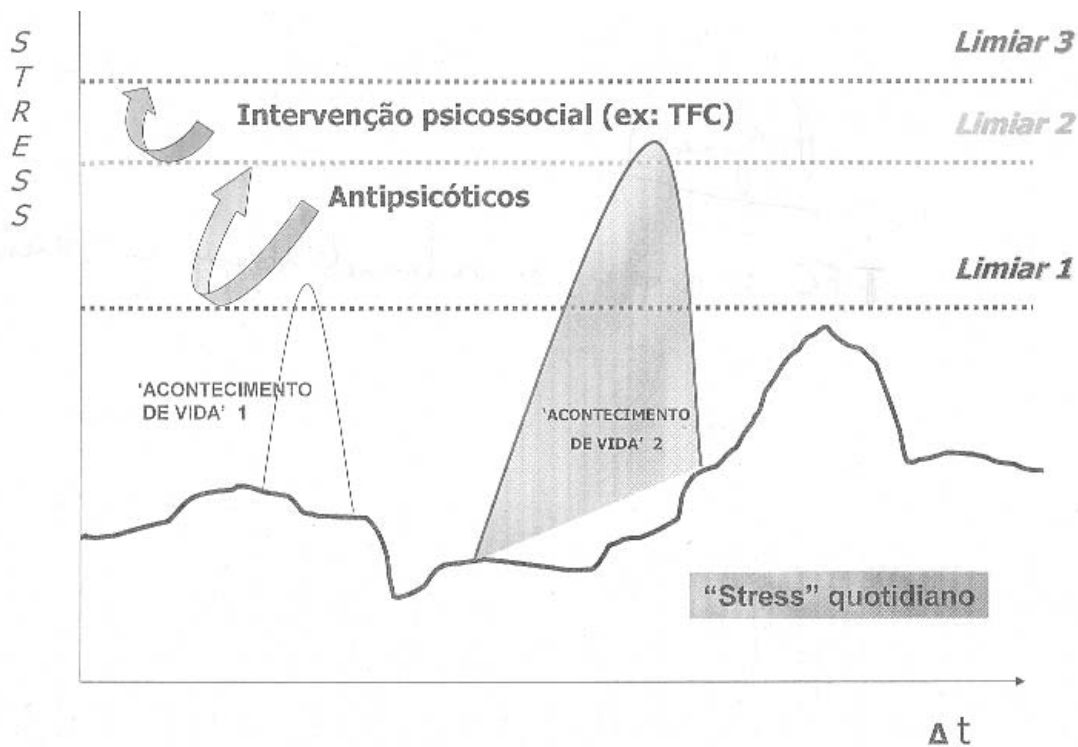
Carece ainda de evidência científica o postulado de que proporcionar melhor informação aos familiares permitiria, por si só, uma redução nos índices de EE. De qualquer forma, não se abordam directamente na TFC os componentes das EE, ainda que não se exclua um eventual efeito sobre eles (mediado pelo componente educativo e pelo treino das aptidões de comunicação). De facto, se o familiar Y pensar que determinados comportamentos (como os que decorrem da sintomatologia deficitária) são contro-

láveis pelo doente X, é possível que reaja com zanga perante eles. Pretende-se modificar algumas atribuições, por parte dos familiares, de aspectos negativos que decorrem da doença, de forma a influenciar beneficemente as suas atitudes (Brewin, 1994).

A TFC não visa, também, mudar directamente aspectos estruturais da família: qualquer eventual mudança a esse nível poderá ser determinada ou não, secundariamente, pelo próprio sistema familiar, mediante uma integração das perícias desenvolvidas.

Do mesmo modo, não é objectivo prioritário da TFC ajudar a família na resolução de problemas concretos. Dotando o sistema familiar de aptidões acrescidas, o terapeuta posiciona-se pedagogicamente como facilitador da autonomização da família (o que implicará maior capacidade de utilização de recursos, formais ou informais). Assim, o terapeuta é directivo apenas na forma de transmitir ou desenvolver as perícias comportamentais em

FIGURA 1  
TFC e modelo de vulnerabilidade – “stress”



défice, evitando envolver-se no sistema familiar, nomeadamente em tomadas concretas de decisão. Por último, a responsabilidade terapêutica é assumida para com todos os membros da família.

Numa representação gráfica inspirada no modelo de Zubin e Spring (Figura 1), a TFC (como outras formas de intervenção psicoterapêutica) permite melhorar a gestão do *stress*. Inclui-se aqui tanto o *stress* do quotidiano como de “acontecimentos de vida”. De notar ainda que o nível global de *stress* experimentado é cumulativo: supondo um nível médio quotidiano baixo, será necessário um dado acontecimento vital mais stressante para que o limiar de vulnerabilidade venha a ser ultrapassado, com maior probabilidade de sintomas ou recaída.

Há sintomas e sinais pouco específicos (ex: tensão, ansiedade, irritabilidade, anorexia, diminuição da concentração, insónia ou apatia) que carecem de melhor definição operacional como pródromos das recaídas (Herz & Lamberti, 1995). Ao mesmo tempo que constituem sinais de alarme para eventual crise psicótica, acompanham-se do desencadear de mecanismos adaptativos por parte do indivíduo no sentido de controlar o mal-estar associado e amortecer o efeito do *stress*, podendo ser ou não bem sucedidos.

Ressalvando as limitações intrínsecas da ilustração, o limiar de vulnerabilidade para recaída psicótica (limiar 1) tornar-se-ia mais elevado e a pessoa, conseqüentemente, mais protegida, à medida que fosse possível aplicar vários tipos de intervenção (limiares 2 e 3). Muitos doentes com esquizofrenia têm uma dificuldade particular para modular estados emocionais intensos, o que torna estas intervenções especialmente relevantes para eles (Hogarty et al., 1995). Reproduzindo o raciocínio para outros membros da família, essa protecção poder-se-á traduzir, consoante os casos, num menor risco v.g. de perturbações de ansiedade, do humor ou até psicóticas (o que é especialmente interessante se considerarmos o risco biológico acrescido, nestes familiares).

Na fase actual do conhecimento, afirmar que a elevação eficaz destes limiares possa proteger a pessoa com esquizofrenia de qualquer recaída (uma espécie de “limiar de protecção absoluta”) é um postulado irrealista, não fundamentado nem pela experiência clínica nem pela evidência epidemiológica. O atingimento de um “limiar de protecção relativa” será, já de si, um objectivo estimável

(possível apenas pela conjugação de estratégias biológicas e psicossociais).

Note-se que os limiares 2 e 3 devem ser entendidos como zonas de “amortecimento” do *stress*, mais do que como alterações da vulnerabilidade biológica para a esquizofrenia.

É evidente neste modelo que a não utilização de intervenções farmacológicas em pessoas com esquizofrenia impossibilitaria, para qualquer intervenção psicoterapêutica (e para a TFC em particular), o atingimento do limiar 3. Não há dados sobre a utilização da TFC em grupos experimentais de doentes psicóticos não estabilizados farmacologicamente, investigação que nem seria eticamente admissível à face da evidência actual. A TFC constitui um complemento valioso, mas nunca uma alternativa à abordagem médica da esquizofrenia ou de outras doenças mentais. Este pressuposto básico continua a ser corroborado pela investigação (Schooler et al., 1997).

#### INDICAÇÕES: PARA QUE FAMÍLIAS?

O método de Falloon foi originalmente validado para famílias de pessoas com doença psicótica, nomeadamente com diagnóstico de esquizofrenia, e é nesse contexto clínico que tem sido mais largamente aplicado. Não obstante, tem sido utilizado em famílias de pessoas com outras patologias, nomeadamente nas perturbações do humor (depressão *major*, distímia, perturbação bipolar). Foi, aliás, com famílias de doentes depressivos que Falloon trabalhou inicialmente.

No que toca às famílias de pessoas com esquizofrenia, os critérios para aplicação não são rígidos, nem diferem substancialmente dos que se aplicam noutras intervenções familiares nesta área. Considera-se, pragmaticamente, que poderão retirar benefícios marcados famílias identificáveis por alguns dos seguintes pontos (muitas vezes associados a EE elevadas): 1. a pessoa com esquizofrenia regista recaídas frequentes (v.g. mais do que uma recaída anual), apesar de um manejo farmacológico adequado; 2. a pessoa com esquizofrenia vive com apenas um familiar (geralmente a mãe); 3. conflitos familiares frequentes; 4. são efectuados múltiplos pedidos de ajuda aos serviços fora da marcação regular de consultas (Kuipers, Leff & Lam, 1992).

Intervenções estruturadas deste género, na sua forma integral, são destinadas às famílias com

maiores necessidades. Dado o recurso a auxiliares escritos e a trabalhos de casa, a existência de membros da família com grau reduzido de literacia representará uma dificuldade acrescida. Não obstante, trata-se mais de uma dificuldade operacional ultrapassável com modificações do processo, do que de um critério de exclusão.

A este propósito, Wiedemann et al. concluíram recentemente que, de 411 famílias de doentes psicóticos que acorreram ao Instituto Max Planck de Munique no decurso de 33 meses, cerca de 60% eram elegíveis para TFC (Wiedemann et al., 1994). O fundamental é que a família aceite trabalhar em conjunto, de forma construtiva, para alcançar os objectivos delineados.

#### MÉTODO: COMO SE PROCEDE?

Após a avaliação de recursos e necessidades da família, sujeita a revisão continuada, é planificada uma sequência com os seguintes módulos: componente psicoeducativo e prevenção das recaídas, treino de comunicação, treino de competências de resolução de problemas e formas de gestão de crise (Falloon et al., 1993).

Prevê-se uma **duração** de seis a doze meses para o corpo principal do programa, pressupondo a realização de sessões familiares com **periodicidade** semanal/quinzenal (nos primeiros meses) e quinzenal/mensal (a partir do 4.º mês da intervenção). Este esquema não é rígido, devendo ser adaptado às necessidades da família (nomeadamente nas crises). Por outro lado, prevê-se que o terapeuta continue a manter algum contacto com a família (ou que este apoio seja providenciado de alguma outra forma pelos serviços), de forma a monitorizar a capacidade de adaptação a novas circunstâncias e a poder reintervir de acordo com as necessidades.

Relativamente ao **local**, as sessões são idealmente realizadas no domicílio, embora não haja impedimento à sua realização em consulta externa (Randolph et al., 1994). São óbvias as vantagens das sessões domiciliárias: facilitação do recrutamento, melhoria nas taxas de adesão, possibilidade de avaliação do contexto familiar *in loco*. No entanto, algumas famílias poderão preferir deslocar-se aos serviços.

O **processo** da TFC está esquematizado no Quadro 2, iniciando-se, na maior parte das vezes, informalmente. O técnico contacta um ou vários elementos

QUADRO 2  
*TFC – Esquema sequencial*

TEMAS	Número de sessões
<b>FASE INICIAL</b>	
Motivação e recrutamento	1-2
Avaliação individual	Variável: um tempo para cada membro da família
Avaliação familiar (relatada e observada)	1
<b>CORPO DA INTERVENÇÃO</b>	
“Psicoeducação”	2-3
Treino de comunicação	4
Treino de resolução de problemas	2-6
Gestão da crise	1-2
<b>FASE FINAL</b>	
Preparação do fim do processo	1-2
<b>TOTAL</b>	<b>13-21*</b>

\* Note-se que este é apenas um número indicativo. No estudo inicial de Falloon, apontava-se para 1 hora semanal nos primeiros 3 meses, quinzenal nos seis meses subsequentes e mensal (sessões de manutenção) nos quinze meses restantes, perfazendo um total de dois anos.

da família, propondo a realização de uma primeira sessão familiar conjunta. Nesta sessão, será necessário conhecer a família e o contexto clínico, dar informação geral sobre a TFC (salientando as vantagens para a família no conjunto e para o doente em particular) e propor um contrato terapêutico informal (que muitas vezes mais não é do que um acordo no sentido de experimentar algumas sessões).

Esta *fase de recrutamento e motivação* nem sempre é fácil. Algumas dificuldades relacionam-se com as deslocações, a necessidade de acertar horários (sobretudo se o terapeuta estiver restringido a horários de trabalho convencionais), a resistência de alguns elementos da família e, nalguns casos, o ressentimento com os próprios serviços. É altamente desejável que todos os elementos da família estejam presentes nas sessões, mas, em circunstâncias ponderadas, a ausência de alguns elementos não inviabiliza necessariamente o processo.

O início da intervenção propriamente dita só é possível após a avaliação funcional sistematizada da família e de cada elemento em particular, com incidência em aspectos comportamentais e relacionados com a doença mental do familiar em questão.

Assim, a *avaliação individual* é feita através de uma entrevista particular com cada membro da família, em que são cobertos, pelo menos, os seguintes tópicos: dados sociodemográficos e clínicos; conhecimentos relativos à doença mental do familiar, seus tratamentos e implicações; consequências negativas da doença para o familiar (“sobrecarga”); questionário relativo ao quotidiano da pessoa (reforços, situações aversivas) e objectivos pessoais concretizáveis ao longo do processo terapêutico.

Trata-se, à partida, do único momento em que se contemplam contactos individuais, ressalvadas as situações de risco ou de reavaliação. Nesta fase do processo, para além de possibilitar a clarificação de sentimentos negativos, a avaliação individual assegura o cimentar da aliança terapêutica e a discussão dos objectivos da intervenção.

A *avaliação da família* no seu conjunto tem como objecto as perícias de comunicação de cada elemento e a capacidade conjunta de resolução de problemas. Esta avaliação engloba um componente de relato da família sobre situações correntes (avaliação relatada), bem como um exercício prático em que o terapeuta observa e regista a forma como a família funciona habitualmente neste tipo de desafios (avaliação observada). Só então é possível

estabelecer um plano terapêutico em conjunto com a família.

A *intervenção* propriamente dita inicia-se com a parte habitualmente chamada “*psicoeducativa*”. O seu objectivo é o de permitir lidar mais eficazmente com a doença através de um melhor conhecimento sobre os sinais e sintomas psicopatológicos, os sinais precoces de alarme para as recaídas, a etiologia, a terapêutica medicamentosa (eficácia, efeitos indesejáveis), o prognóstico, os serviços disponíveis e a legislação de saúde mental (nomeadamente no que se refere ao internamento compulsivo).

São hoje reconhecidas as limitações de um modelo de passagem unidireccional de informação, centrado no colmatar das deficiências dos membros da família (modelo deficitário). O modelo interactivo, em que a TFC se afilia, reconhece que a perspectiva médica (mesmo que de inspiração bio-psico-social) para a esquizofrenia deve ser discutida nas famílias como uma visão alternativa em relação a modelos leigos – crenças tantas vezes mantidas durante anos pelas famílias ou alguns dos seus membros, com base em premissas falsas do ponto de vista científico mas com uma coerência interna difícil de rebater (Tarrier & Barrowclough, 1986). O respeito que os profissionais manifestem pelos modelos alternativos da doença poderá levar as pessoas a questionar as suas crenças e a aceitar aspectos do modelo científico da doença mental.

Nesta fase, podem ser distribuídos e comentados com a família quaisquer materiais ou textos considerados pertinentes para o seu caso, mas o essencial é que haja uma discussão participada desta informação, considerando-se sempre o doente como o melhor “perito” na sua doença. Num primeiro momento, pede-se-lhe que conte as suas vivências com relevância psicopatológica (tornando mais aparente para os outros o seu sofrimento actual ou progresso e os comportamentos decorrentes). De seguida, exploram-se as reacções do próprio e dos outros elementos da família. Propõe-se que o respeito pelo doente enquanto perito na vivência da sua doença encontre correlação no respeito dos familiares como peritos na experiência de cuidar, não ofuscando o papel dos técnicos nas respectivas áreas de conhecimento e intervenção (médica, psicológica, socio-ocupacional).

Esta é uma área em que o resultado da TFC pode ser claramente superior às abordagens psicoeducativas que não incluem o doente nas sessões.

Por outro lado, a TFC pode revelar-se tecnicamente difícil na presença de sintomatologia psicótica produtiva: ainda assim, desde que a adesão do doente se mantenha, é exequível com significativas vantagens terapêuticas. Noutros casos, a abordagem em grupos para familiares será uma alternativa valiosa, pelo menos transitoriamente.

Uma aplicação prática do modelo interactivo é a prevenção de recaídas, através da abordagem dos *sintomas precoces de aviso*. Estes sintomas ou sinais inespecíficos de tensão (tantas vezes idiossincrasicamente premonitórios da recaída psicótica, como se de uma “assinatura” se tratasse), são explorados no conjunto da família. Após a concordância num conjunto de sintomas precoces observados em crises anteriores e nos procedimentos a adoptar caso se verifiquem de novo (v.g. obter apoio familiar, telefonar ao enfermeiro responsável), o consenso pode ser firmado por escrito e funciona, simbolicamente, como um contrato familiar para momentos de crise. Este trabalho partilha elementos com outras técnicas de intervenção validadas para a esquizofrenia (Herz et al., 2003) ou, mais recentemente, para a perturbação bipolar (Morriss, 2004).

A exploração do componente informativo e formativo sobre a doença permite a introdução ao passo seguinte, que é o *treino de comunicação*. São trabalhadas quatro perícias básicas de comunicação: expressão de sentimentos agradáveis, formulação de pedidos de forma construtiva, escuta activa e expressão de sentimentos desagradáveis.

O fundamento teórico radica nos trabalhos de Kurt Hahlweg (Hahlweg et al., 1984). Na realidade, este treino incide, intencionalmente, na estru-

tura da comunicação. Ao melhorar a forma de comunicar em famílias particularmente sujeitas ao *stress* diário, pretende-se manter o ânimo, ajudar a diminuir a tensão no sistema e identificar precocemente o que é sentido por cada um como problema a enfrentar.

Entretanto, considera-se que o desenvolvimento das competências atrás referidas mais não é que uma condição necessária para o treino de *resolução de problemas*, inspirado nas abordagens de Spivack et al. (1976) e D’Zurilla (1986).

O método clássico dos seis passos (Quadro 3) é praticado com as famílias, incidindo na aquisição de competências sistémicas instrumentais nesta área.

A discussão familiar dos objectivos e problemas comuns (bem como a realização de trabalhos-de-casa, fundamentais neste modelo) são relegadas para *reuniões familiares* a realizar entre as sessões de terapia. Estas reuniões são fulcrais, pois só assim será possível que o treino de competências se traduza em modificações reais no quotidiano. A monitorização das reuniões de família é um indicador precioso para o terapeuta quanto à efectividade do processo.

De referir que todas estas fases serão mais ou menos demoradas (ou até omitidas) de acordo com o nível de competências evidenciado pela família na avaliação inicial. A ordem de progressão não é aleatória (pressupõe-se uma sequência do mais fácil para o mais difícil), embora possa ser necessário interpolar sessões para intervenção na crise.

O *formato das sessões* é esquematizado para durações entre 45 e 90 minutos: revisão dos progressos

### QUADRO 3

#### *Seis passos para a resolução de problemas*

- 
1. Identificar o problema de forma específica
  2. Enumerar soluções alternativas
  3. Avaliar vantagens e desvantagens de cada potencial solução
  4. Escolher a “melhor” solução
  5. Planear a implementação
  6. Rever os resultados do processo
-



efectuados e acontecimentos mais significativos; revisão da prática realizada pela família na sua vida real (incluindo os trabalhos de casa pedidos na sessão anterior); treino de competências específicas; proposta para praticar as competências adquiridas até à sessão seguinte.

Como já foi referido, o terapeuta assume um papel de “facilitador” e o modelo de intervenção é essencialmente pedagógico. Valoriza-se, pragmaticamente, mais o esforço do que os resultados, como estratégia para melhorar estes últimos. Por outro lado, no treino de comunicação e resolução de problemas, as sessões incidem mais na estrutura do que no conteúdo.

É desejável que, com o desenrolar do processo, o terapeuta seja cada vez menos participante nas sessões: no final, cada família deverá conseguir resolver mais autonomamente os problemas com que se depara; como excepção, a ajuda activa do terapeuta pode ser desejável nalgumas crises, mas logo se remeterá para segundo plano quando as competências da família se revelam suficientes para lidar com a situação.

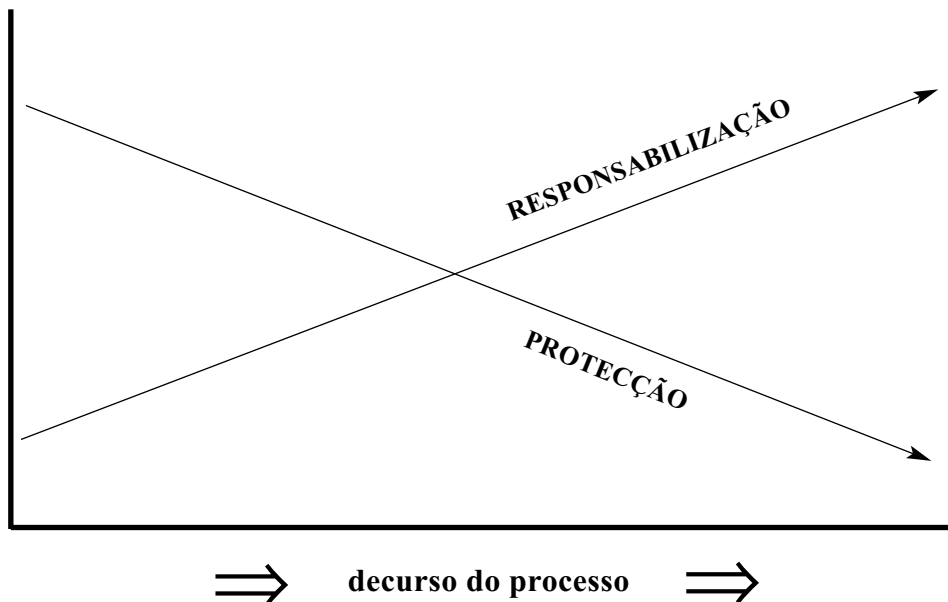
Ao mesmo tempo que se protege a família (e cada um dos seus elementos em particular), o terapeuta responsabiliza todos pela prossecução dos objectivos definidos, bem como pela resolução de problemas. A Figura 2 pretende representar esta dialéctica.

#### TERAPEUTAS: QUEM PODE FAZER?

A TFC é uma intervenção que pode ser efectuada por qualquer profissional competente trabalhando em equipas de saúde mental, após formação específica. Dada a actual organização dos serviços, é mais provável que os técnicos das áreas psicosociais (psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, técnicos do serviço social) estejam mais motivados para a sua aplicação do que psiquiatras ou internos de psiquiatria.

Fadden (1997), numa revisão dos resultados de seis anos de formação de terapeutas em Inglaterra (num total de 86 formandos), refere como grupo mais numeroso os enfermeiros (36%), tendência

FIGURA 2  
Atitude do terapeuta face à família



mantida nos últimos anos. Seguem-se, como grupos profissionais mais representativos nos programas de formação, os psicólogos clínicos (16%) e os psiquiatras (9%). Não obstante, muitos terapeutas ocupacionais e assistentes sociais têm sido formados nos últimos anos.

Não há evidência de que seja necessária uma formação prolongada em psicoterapia cognitivo-comportamental individual para assegurar os resultados clínicos da TFC (no que toca à prevenção de recaídas), ainda que essa formação facilite o treino e o desempenho do terapeuta. O mesmo se aplica à experiência prévia em terapia sistémica. A formação em terapias de inspiração psicanalítica possibilitará uma compreensão dinâmica das situações que deve ser valorizada, ainda que a forma de actuar em TFC seja muito diferente, visto não serem utilizadas interpretações. Por outras palavras, estas intervenções podem ser dinamicamente ou sistemicamente “informadas”, no mesmo sentido que até uma farmacoterapia o pode ser, mas a sua efectividade foi provada na ausência desses pressupostos.

Na verdade, os requisitos básicos para iniciar o trabalho são fundamentalmente os seguintes: possuir boas competências relacionais, estar motivado para o trabalho com famílias, ter experiência directa de lidar com o tipo de perturbação mental em questão e estar desprovido de preconceitos quanto à possibilidade de aplicar uma técnica de inspiração comportamental.

A formação é feita em seminários teórico-práticos totalizando cerca de 30 a 40 horas, incluindo exercícios de grupo, *role-playing* e visualização de casos filmados. Para haver resultados mais consis-

tentes, deverá ter lugar algum tipo de supervisão subsequente. A nossa experiência é a de que o treino raramente se traduz na aplicação consistente do método, excepto se houver treino conjunto de equipas, até porque o trabalho em regime de co-terapia, ainda que não necessário na TFC, poderá ser um catalizador inicial.

De qualquer forma, os resultados da formação a nível individual têm sido globalmente encorajadores (inclusive pelo desenvolvimento de atitudes mais positivas quanto ao trabalho com famílias), ainda que não em todos os grupos de treinandos (Fadden, 1997; Xavier & Pereira, 2004). Fadden (1997) reviu, a este propósito, os motivos do insucesso do treino indiscriminado neste tipo de intervenções, propondo mudanças nas estratégias de treino e mudanças sistémicas nos próprios serviços (para que aproveitem as capacidades adquiridas pelos terapeutas recém-formados).

#### EFFECTIVIDADE E APLICABILIDADE EM PORTUGAL: QUE PERSPECTIVAS PARA O FUTURO?

As intervenções terapêuticas familiares, em particular quando aplicadas no contexto unifamiliar, têm efeitos preventivos estatisticamente significativos nas recaídas da esquizofrenia, bem como nas taxas de reinternamento hospitalar (Quadro 4). Registam-se ainda benefícios claros na adesão ao tratamento farmacológico (Pilling et al., 2002).

A TFC preenche todos os requisitos para integrar a classificação operacional das intervenções familiares com efectividade documentada, de acordo

#### QUADRO 4

##### *Algumas vantagens na utilização da TFC*

- 
- Efectividade documentada
  - Provável eficiência (se considerado o impacto sobre todos os membros da família, em termos de protecção e promoção da saúde mental)
  - Não exclui e pode potenciar o recurso a outras formas de intervenção com indicação na esquizofrenia ou outras perturbações mentais
  - Melhora a adesão ao tratamento antipsicótico
-

com as recentes directivas NICE para tratamento da esquizofrenia, no Reino Unido. Obedece ainda à recomendação para incluir a pessoa doente na intervenção familiar e para que a intervenção seja prolongada (mais de seis meses ou dez sessões) (N.C.C.M.H., 2003).

Convém frisar que os trabalhos originais da equipa de Falloon sobre TFC na esquizofrenia foram publicados há cerca de duas décadas. O estudo de referência foi um ensaio aleatorizado e controlado financiado pelo *National Institute of Mental Health*, nos Estados Unidos, envolvendo 36 famílias e respectivos doentes (diagnóstico DSM III de esquizofrenia, estabilizados com medicação antipsicótica ao longo de todo o período de estudo). A intervenção consistiu em 25 sessões domiciliárias, de frequência inicialmente semanal e depois mensal (nos primeiros nove meses), seguidas de sessões mensais de manutenção até ao fim do processo (dois anos). Aos nove meses, no que respeita aos doentes, foram evidentes os benefícios clínicos (menos recaídas e admissões hospitalares, menor gravidade psicopatológica global e tendência para menor gravidade da sintomatologia deficitária e menor necessidade de doses de manutenção antipsicótica) e sociais (melhores índices de funcionamento em áreas como o desempenho de tarefas domésticas, lazer ou trabalho). Também os índices de sobrecarga familiar pela doença foram atenuados com sucesso. Os melhores resultados clínicos e sociais no grupo experimental mantiveram-se após o segundo ano de seguimento, ainda que com resultados mais próximos, nesse momento de avaliação (24 meses), dos referentes ao grupo de controlo (Falloon et al., 1984, 1985, 1987). Estes resultados foram replicados com sessões não domiciliárias (Randolph et al., 1994).

As comparações entre os resultados da TFC e de outras intervenções familiares na esquizofrenia nem sempre são metodologicamente fáceis. A relativa escassez de estudos comparativos, bem como alguma heterogeneidade nos parâmetros de avaliação, dificultam em muito os trabalhos de meta-análise.

A efectividade clínica da TFC em comparação com os grupos de familiares tem vindo a ser defendida e documentada desde há muito. Montero et al. (2001), em Valência, compararam um grupo sujeito a TFC e um outro de intervenção em grupos para familiares. Ao fim de doze meses, o primeiro grupo registou resultados significativamente supe-

riores em termos de melhoria clínica, das doses utilizadas de antipsicóticos e do funcionamento social dos doentes. Mueser et al. (2001), em Dartmouth, estudaram a combinação da TFC com grupos de suporte, o que levou a uma melhoria significativa do ambiente familiar, ainda que sem benefício adicional em termos do funcionamento social dos doentes ou da sobrecarga familiar.

Os grupos multifamiliares constituem um outro tipo de intervenção psicoeducativa de inspiração comportamental. A sua efectividade tem sido solidamente documentada, reivindicando alguns autores um padrão custo-benefício favorável em comparação com a TFC (McFarlane, 1995). Não obstante, os estudos de meta-análise envolvendo grupos multifamiliares e TFC são metodologicamente complexos, até porque nem sempre é sobreponível, na prática, a intensidade/qualidade de intervenções do mesmo tipo. Por isso, os resultados podem ser contraditórios, embora geralmente se favoreçam as intervenções de tipo TFC na redução das taxas de *readmissão* no primeiro ano e na adesão ao próprio tratamento (Pilling et al., 2002; Falloon, 2005).

Não obstante, um estudo questionou a efectividade da TFC na alteração dos padrões de comunicação intra-familiar, ainda que salientando a precariedade dos instrumentos de aferição utilizados na tradução de padrões de comunicação *in vivo* (Bellack et al., 2000). Este achado não foi replicado, mas levanta questões metodológicas pertinentes.

A verdade é que os resultados iniciais de Falloon (intervindo em famílias com altos índices de EE) desde logo permitiam intuir uma relação custo-benefício mais favorável para subgrupos de famílias com maiores necessidades. É claro que a TFC, no seu formato completo, não é aplicável a todas as famílias; no entanto, há um corpo crescente de investigação evidenciando o impacto destas intervenções familiares na remissão de sintomas psicóticos residuais, na melhoria do funcionamento social, nos ganhos familiares e, até, económicos. O mesmo se aplica à manutenção dos benefícios no tempo, embora os *follow-ups* mais prolongados (quatro anos) tenham sido escassos.

Na Europa, existe já uma larga experiência com a TFC em países como o Reino Unido e Itália (Roncone et al., 2002). Em Inglaterra, um dos autores (GF) tem estado implicado na aplicação e treino em larga escala em TFC, nomeadamente através do Programa Meriden, responsável nos últimos

anos pela implementação da TFC nas West Midlands, com fortes ligações a outras regiões do país. Em Portugal, o primeiro curso de TFC teve lugar em 1996 na Faculdade de Ciências Médicas (Universidade Nova de Lisboa), leccionado pelo mesmo autor. Tal como em Espanha, na Grécia e na Alemanha, apesar de referências anteriores à utilização do modelo (Boonen & Bockhorn, 1992; Pereira et al., 2000; Montero et al., 2001), essa experiência foi desenvolvida sobretudo no enquadramento do projecto europeu *Psychoedutaining* (Magliano et al., 2005).

Com efeito, as enormes dificuldades de implementação das intervenções psicoeducativas em geral (e da TFC em particular) em famílias com esquizofrenia, já começaram a ser objecto de estudo, tendo suscitado recomendações específicas (Fadden, 1997; McFarlane et al., 2003).

Entretanto, a utilização, eficácia ou efectividade das intervenções familiares de inspiração genericamente comportamental estão também documentadas para situações clínicas tão diversas como perturbações bipolares (Miklowitz & Goldstein, 1990; Rea et al., 2003), depressão *major*, distímia, perturbações do comportamento alimentar, perturbações relacionadas com o consumo de álcool (Monti et al., 1990; Hanrahan et al., 1984) ou outras drogas, perturbações de ansiedade, demência (Marriott et al., 2000), autismo e outras perturbações globais do desenvolvimento, atraso mental, perturbações da aprendizagem, perturbação de hiperactividade com défice de atenção ou perturbações da conduta (Lieberman & Lieberman, 2003; Falloon, 2005). Em múltiplas situações de doença mental ou somática (Chalder, Tong & Deary, 2002) a abordagem de problemas em conjunto pode permitir a cada um que se sintam mais integrado na sua matriz familiar (ao mesmo tempo que tenta concretizar os seus próprios objectivos pessoais). O mesmo se aplica a situações de problemas relacionais crónicos, mesmo não estando implicada patologia mental grave (Christensen et al., 2004).

Independentemente do enquadramento da TFC num modelo preventivo da esquizofrenia, pode ser defendida a sua exploração como estratégia mais abrangente, na promoção da saúde mental.

O processo foi validado como forma de prevenção secundária das crises psicóticas na esquizofrenia. Deverá ser estudado como forma de prevenção primária dessa ou doutras perturbações em grupos de risco, tendo em conta a vulnerabilidade genética

de alguns familiares. Invertendo a visão tradicional focada no doente (e no papel da família como auxiliar terapêutico), parece plausível que a TFC possa vir a ser validada na prevenção primária, secundária ou terciária de perturbações como a ansiedade ou depressão, para todos os elementos da família de pessoas com esquizofrenia. Deveria ainda ser investigado o seu potencial como estratégia de promoção de saúde mental positiva.

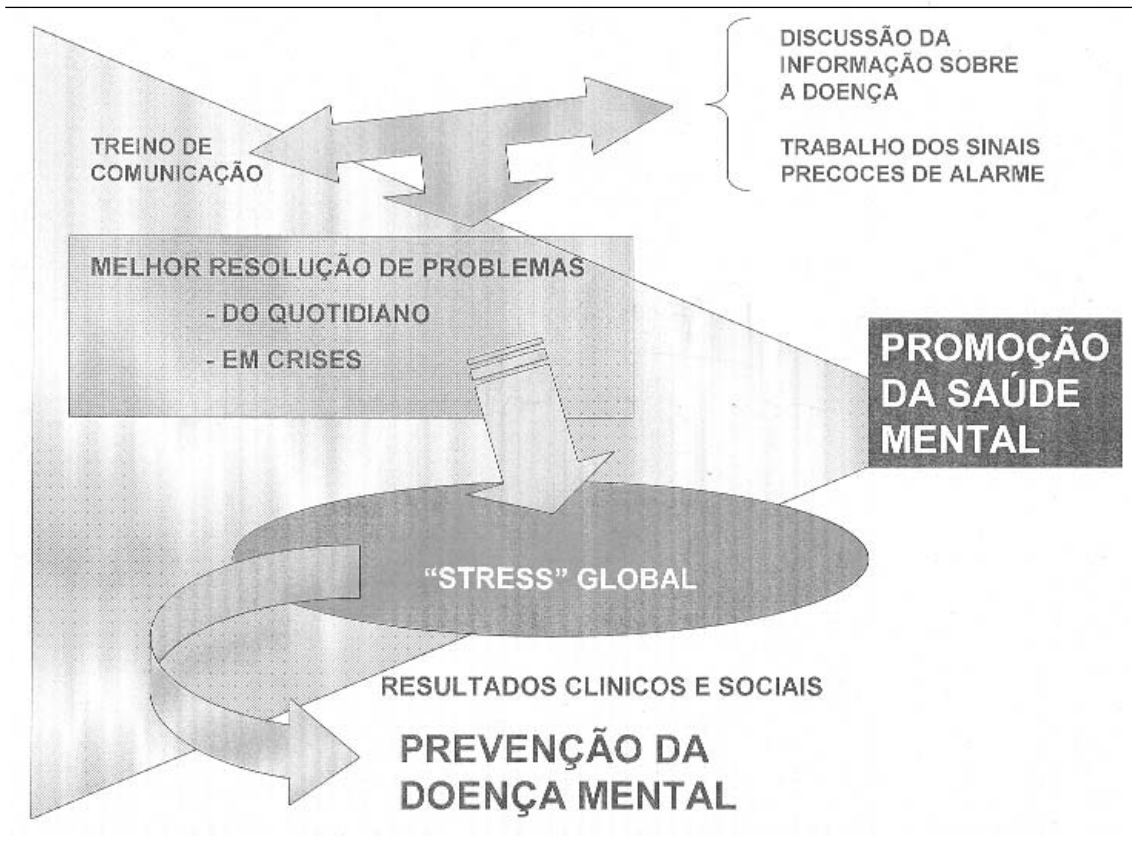
Por último, merece particular destaque o papel que a formação, neste e noutros modelos relacionados, poderá desempenhar no ensino pré e pós-graduado das profissões ligadas às ciências da saúde, sobretudo na área da saúde mental. Com efeito, as competências relacionais e de resolução de problemas são potenciáveis mediante formação nesta área, tendo em conta a brevidade e simplicidade do programa básico de treino. A avaliação dos programas realizados sugere que muitos profissionais podem ter aqui uma oportunidade privilegiada, não só de sensibilização aos aspectos familiares das perturbações mentais graves, mas também de desenvolvimento pessoal.

## CONCLUSÕES

O modelo da TFC, à semelhança de outras intervenções psicoeducativas, reveste-se de enorme interesse na abordagem clínica da esquizofrenia. O seu uso consistente traduzir-se-ia, com probabilidade, para o doente, em menos recaídas psicóticas e hospitalizações; para os familiares, em menor sobrecarga pela doença; para todos os elementos da família, em melhor funcionamento social e emocional e, desejavelmente, em melhor qualidade de vida. A sua aplicabilidade a famílias de pessoas com outro tipo de perturbação mental, neuropsiquiátrica ou predominantemente somática é teoricamente apelativa e, nalguns campos, começa também a adquirir sólida sustentabilidade científica.

Parafraseando Falloon et al. (1993), *“trata-se de um intervenção directa para ajudar os membros da família a adoptar métodos que facilitem a expressão mútua de necessidades e desejos, bem como para ajudar as famílias a resolver os seus problemas do dia a dia, mesmo quando as pessoas têm a desventura de sofrer de uma perturbação mental ou de cuidar de alguém que dela sofre”*. Neste sentido, são intervenções que desempenham um papel aos três níveis de prevenção da doença

FIGURA 3  
TFC e ganhos de saúde



mental e, eventualmente, na promoção da saúde mental de todos os elementos da família (Figura 3).

O entusiasmo que têm vindo a suscitar em muitos serviços de diversos países não teve ainda correspondência apreciável em Portugal, por razões diversas. Os resultados de um estudo abordando as dificuldades práticas na implementação da TFC estão em análise e serão objecto de publicação próxima.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellack, A. S., Haas, G. L., Schooler, N. R., & Flory, J. D. (2000). Effects of behavioural family management on family communication and patient outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 277, 434-439.
- Bloch, S., Hafner, J., Harari, E., & Szmukler, G. (1994). *The family in clinical psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Boonen, M., & Bockhorn, M. (1992). Treatment of schizophrenia in the family. *Psychiatric Praxis*, 19 (3), 76-80.
- Brady, N., & McCain, G. (2005). Living with schizophrenia: a family perspective. *Online Journal Issues Nurs*, 10 (1), acessado em [www.medscape.com](http://www.medscape.com), em 6/10/2005.
- Brewin, C. R. (1994). Changes in attribution and expressed emotion among the relatives of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 905-911.
- Brown, G. W., 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.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- Chalder, T., Tong, J., & Deary, V. (2002). Family cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: an uncontrolled study. *Arch Dis Child*, 86 (2), 95-97.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D., & Simpson, L. E. (2004). Traditional vs integrative behavioural couple therapy for significant and chronically distressed married couples. *Journal Consult Clin Psychol*, 72 (2), 176-191.

- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem Solving Therapy*. New York: Springer.
- Fadden, G. (1997). Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: a major cause for concern. *Journal of Mental Health, 6* (6), 599-612.
- Fadden, G. (1998). Research update: psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy, 20* (3), 293-309.
- Falloon, I. R. H. (2005). Research on family interventions for mental disorders: problems and perspectives. In N. Sartorius, J. Leff, J. J. López-Ibor, M. Maj, & A. Okasha (Eds.), *Families and Mental Disorders* (pp. 235-257). Chichester: Wiley
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W. et al. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry, 42*, 887-896.
- Falloon, I. R. H., Laporta, M., Fadden, G., & Graham-Hole, V. (1993). *Managing stress in families*. London: Routledge.
- Falloon, I. R. H., Liberman, R. P., Lillie, F. et al. (1981). Family therapy with schizophrenics at high risk of relapse. *Family Process, 20*, 211-221.
- Falloon, I. R., McGill, C. W., Boyd, J. L., & Pederson, J. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine, 17*, 59-66.
- Glick, I. D., Berman, E. M., Clarkin, J. F., & Rait, D. S. (2000). *Marital and Family Therapy* (4th ed). Washington: American Psychiatric Press.
- Hahlweg, K., Reissner, L., Kohli, G., Vollmer, M., Schindler, L., & Reivensdorf, D. (1984). Development and validity of a new system to analyse interpersonal communication. In K. Hahlweg, & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital Interaction: Analysis and Modification* (pp. 182-198). New York: Guilford Press.
- Hanrahan, M., Gitlin, B., Martin, J., Leavy, A., & Frances, A. (1984). Behaviour therapy of anxiety disorders: motivating the resistant patient. *American Journal of Psychotherapy, 38* (4), 533-540.
- Herz, M. I., & Lambert, J. S. (1995). Prodromal symptoms and relapse prevention in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 21* (4), 540-551.
- Herz, M. I., Lambert, J. S., Mintz, J. et al. (2003). A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry, 57*, 277-283.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D. et al. (1995). Personal Therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 21* (3), 379-393.
- Kuipers, L., Leff, J., & Lam, D. (1992). *Family work for schizophrenia: a practical guide*. London: Gaskell.
- Liberman, R. P. (1970). Behavioral approach to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 40*, 106-118.
- Liberman, D. B., & Liberman, R. P. (2003). Involving families in rehabilitation through behavioral family management. *Psychiatric Services, 54*, 633-635.
- Liberman, R. P., Wallace, C. J., Falloon, I. R. H. et al. (1981). Interpersonal problem-solving for schizophrenics and their families. *Comprehensive Psychiatry, 22*, 627-630.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2004). The impact of beliefs about mental health problems and coping in outcome on schizophrenia. *Psychological Medicine, 34*, 1165-1176.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G. et al. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry, 4* (1), 45-49.
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarriner, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of a cognitive-behavioural family intervention in reducing burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry, 176*, 557-562.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy, 29* (2), 223-245.
- McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B. et al. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry, 52* (8), 679-687.
- Miklowitz, D. J., & Goldstein, M. J. (1990). Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behav Modif, 14* (4), 457-489.
- Montero, I., Asencio, A., Hernandez, I. et al. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin, 27* (4), 661-670.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Binkoff, J. A. et al. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and behavioural mood management training for alcoholics. *Journal Study Alcoholism, 51* (3), 263-270.
- Morriss, R. (2004). The early warning symptom intervention for patients with bipolar affective disorder. *Adv Psych Treatment, 10*, 18-26.
- Mueser, K. T., Sengupta, A., Schooler, N. R. et al. (2001). Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: effects on patient social functioning, family attitudes and burden. *Journal Consult Clin Psychol, 69* (1), 3-12.
- National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists' Research Unit (2003). *Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care, commissioned by the National Institute for Clinical Excellence*. London: Gaskell.

- Pereira, M. G., Nunes, J. M., Duarte, C. et al. (2000). Working with families of the severely mentally ill in a Portuguese mental health team. *Livro de Actas do VII Congresso da World Association for Psycho-social Rehabilitation*, Paris.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E. et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive-behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Randolph, E. T., Eth, S., Glynn, S. M. et al. (1994). Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinic-based intervention. *British Journal of Psychiatry*, 164 (4), 501-506.
- Rea, M. M., Thompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal Consult Clin Psychol*, 71, 482-492.
- Roncione, R., Morosini, P. L., Falloon, I. R. H., & Casacchia, M. (2002). Family interventions in schizophrenia in Italian mental health services. In H. Kashima, I. R. H. Falloon, M. Mizuno, & M. Asai (Eds.), *Comprehensive Treatment of Schizophrenia* (pp: 284-289). Tokyo: Springer-Verlag.
- Sczufca, M., & Kuipers, E. (1998). Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychological Medicine*, 28, 453-461.
- Schooler, N. R., Keith, S. J., Severe, J. B. et al. (1997). Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 453-463.
- Spivack, G., Platt, J. J., & Shure, M. B. (1976). *The Problem-solving Approach to Adjustment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). An alternative to mental hospital treatment. I: conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37, 392-399.
- Tarrier, N., & Barrowclough, C. (1986). Providing information to relatives about schizophrenia: some comments. *British Journal of Psychiatry*, 149, 458-463.
- Wiedemann, G., Hahlweg, K., Hank, G., Feinstein, E., Muller, U., & Dose, M. (1994). Deliverability of psychoeducational family management. *Schizophrenia Bulletin*, 20 (3), 547-556.
- Xavier, M., & Pereira, M. G. (2004). Difficulties regarding implementation of behavioural family therapy interventions: the Portuguese experience within the psychoeducational study. *World Psychiatry*, 3 (1), 146-147.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 103-126.

## RESUMO

Os autores fazem uma retrospectiva da utilização de psicoterapia comportamental em famílias de pessoas com doença mental grave, nomeadamente esquizofrenia, focando o modelo de Falloon e colaboradores (Terapia Familiar Comportamental).

Trata-se de uma *intervenção unifamiliar, psicoeducativa*, de inspiração *comportamental*, que pretende melhorar a capacidade de resolução de problemas no seio da família.

Os resultados estão bem documentados em termos clínicos (menores taxas de recaída), psicossociais (melhor funcionamento socio-ocupacional, menor sobrecarga familiar) e económicos.

Estas intervenções estão amplamente difundidas na Europa e EUA, e as suas indicações têm sido alargadas a diversos campos da psicopatologia do adulto, bem como da infância e adolescência. Em Portugal, o treino neste tipo de intervenções tem vindo a ser feito desde 1996, ainda que, paradoxalmente, sem tradução significativa na prática clínica de rotina. As dificuldades de implementação são parcialmente comuns a outras intervenções com famílias, constituindo uma área merecedora de investigação específica.

*Palavras-chave:* Esquizofrenia, terapia familiar, terapia comportamental.

## ABSTRACT

Behavioural interventions have been used with families where there are severe mental health difficulties. *Behaviour Family Therapy* (Falloon and colleagues) is an effective family intervention for schizophrenia with clear-cut aims. Evidence regarding outcome has been established, either in clinical terms (reduced relapse and hospitalisation rates), psycho-social factors (better social and occupational functioning, reduced family burden) or economic terms (reduced cost of service).

It's a *family intervention* delivered to individual families within a 'strengths framework' – the approach is *psychoeducational*, and there is a focus on the family acquiring specific coping skills.

Behavioural psychoeducational interventions are practiced worldwide, and seems helpful in a wide range of mental health conditions.

In Portugal, training in this kind of intervention began in 1996, although with scarce impact in regular clinical practice. Implementation difficulties are shared with other forms of family work and this undoubtedly deserves specific high-quality research.

*Key words:* Schizophrenia, family therapy, behavioural therapy.