

EMOCION, PSICOPATOLOGÍA Y VIOLENCIA FAMILIAR

Alberto Espina. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Coordinador de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Torremolinos.

M^a Asunción Ortego. Psicóloga. Pedagoga. Terapeuta familiar. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Torremolinos.

Cuadernos de Terapia Familiar, 50, 9-19. 2002

RESUMEN

Los autores revisan en primer lugar aspectos conceptuales de las emociones y su desarrollo. En segundo lugar abordan la empatía, para centrarse seguidamente en la alexitimia como patología específica del área emocional. Finalmente se centran en la violencia y sus relaciones con la psicopatología y el contexto familiar e institucional, haciendo especial referencia a la emoción expresada y la carga familiar.

Palabras clave: emociones, empatía, alexitimia, violencia, familia, psicopatología.

ABSTRACT

The authors, in the first place review conceptual aspects of emotion and its development. Secondly, talk about empathy and alexithymia like specific pathology of emotions. Finally, they centre on violence and its relationships with psychopathology and the familial and institutional context, particularly on expressed emotion and family burden.

Key Words: emotions, empathy, alexithymia, violence, family, psychopathology.

Las emociones

Según Lazarus y Lazarus (1994) las emociones constan de un estado emocional subjetivo, un impulso a actuar, cambios corporales que preparan y mantienen el afrontamiento de la situación desencadenante del estado emocional y un lenguaje corporal que comunica esas emociones a los demás. Siguiendo ese planteamiento, podemos hablar de 3 componentes principales en las emociones:

1. Experiencia (cognitiva) que sirve para adaptarse cognitivamente y matizar las cualidades de las emociones

2. Cambios neurofisiológicos y endocrinos (físicos) que regulan la intensidad de la emoción y la adaptación fisiológica.
3. Expresión emocional (social). Permiten la adaptación social y la comunicación del estado emocional.

1. La experiencia emocional se procesa a nivel cognitivo y su función es la adaptación cognitiva y la discriminación de la cualidad de la emoción. A nivel neuroanatómico implica el sistema reticular autónomo (SRA) activando el córtex, el Neurocórtex y el sistema límbico. 2. Los cambios neurofisiológicos y bioquímicos tienen como función la adaptación fisiológica y la regulación de la intensidad de la emoción, las estructuras neuroanatómicas implicadas son el sistema reticular autónomo que activa el sistema nervioso autónomo (SNA), el hipotálamo, el sistema límbico y el sistema endocrino. 3. La expresión emocional actúa en el nivel social y sus funciones son la adaptación social y la comunicación de los estados emocionales, las estructuras neuroanatómicas implicadas son el SRA activando la conducta, la corteza motora precentral, el sistema límbico, el hipotálamo, amígdala e hipocampo.

El desarrollo de las expresiones emocionales implica la habilidad para producir diversas emociones y para reconocer y discriminarlas en uno mismo y en los otros (Garrido, 2000). Las emociones básicas: alegría, miedo, tristeza, ira, sorpresa y repulsión, permiten responder rápidamente a estímulos biológicamente relevantes y adaptarse al medio. Cuando existe una mala regulación emocional aparecen alteraciones transitorias, como la ansiedad y los excesos comportamentales, y crónicas que se expresan en procesos psicopatológicos. La conducta agresiva sería una disregulación crónica de la ira y los deseos impulsivos (Garber y Dodge, 1991).

La empatía y las relaciones tempranas

En el nivel social, la expresión emocional y su comprensión por parte del receptor es un elemento clave en la comunicación emocional. Este aspecto es recogido en el constructo "empatía". La empatía es una respuesta emocional que surge del estado emocional de otro y que es congruente con un estado emocional. Esta reacción afectiva vicaria puede ocurrir como respuesta a estímulos externos, indicadores del estado afectivo del otro, o como resultado de la inferencia de su estado emocional sobre la base de la observación de la situación en la que está el otro (Eisenberg y Strayer, 1987).

Según Feshbach (1987) la empatía es una respuesta emocional compartida que es contingente a elementos cognitivos. Es una función formada por tres factores: 1) habilidad para discernir claves afectivas en otros, 2) la capacidad cognitiva de adoptar la perspectiva y el rol del otro, 3) sensibilidad emocional para experimentar emociones.

La empatía está formada por componentes cognitivo, afectivo y motivacional. El componente cognitivo se desarrolla por medio de: 1) capacidades innatas: observación de "señales emocionales", contagio mimético emocional y mimetismo motor, 2) sistema de interacción niño-adulto: observación de modelos y adquisición de patrones, reproducción de emociones y conductas, este sistema permite al niño actuar intencionalmente y atribuir intencionalidad a las acciones de los demás, 3) motivación personal y atribuciones cognitivas: experiencia de vida y conocimiento social que condiciona la percepciones y la orientación y disposición de la respuesta empática. El componente afectivo o fisiológico (SNA) prepara al cuerpo, estimula la atención, apoya, reelabora o niega el estímulo y orienta la conducta.

Si tiene mayor peso el componente cognitivo hablamos de la empatía como habilidad cognitiva para reconocer y comprender los pensamientos y sentimientos de los demás y si nos referimos al componente afectivo la empatía es vivida como una experiencia vicaria de los sentimientos de los otros, siendo una respuesta afectiva congruente, el componente cognitivo será siempre un prerrequisito. A su vez la empatía puede ser: a) Empatía disposicional, es una capacidad básica estable para empatizar, es un rasgo de la personalidad, b) La empatía situacional depende de factores personales y situacionales, es un estado.

Según la intensidad de la reacción emocional activada en el contacto con la emoción del otro encontramos personas que reaccionan con baja intensidad sintiendo ternura y compasión hacia el otro por lo que orientan la conducta hacia él ofreciéndole ayuda para paliar su sufrimiento. Pero si la reacción emocional es intensa aparece alarma, ansiedad e inquietud, orientando el sujeto la conducta hacia si-mismo intentando aliviar su malestar y/o huyendo. Feshbach y Feshbach (1986) proponen varias etapas para el desarrollo de la empatía. En primer lugar el sujeto debe discriminar el estado emocional de los demás, asumir su perspectivas, poseer la habilidad para responder afectivamente a la vivencia del otro y ejecutar la respuesta. El aprendizaje emocional se realiza en primer lugar a través de la comunicación que tiene lugar en los vínculos tempranos, determinado en gran medida la capacidad empática del sujeto.

En relación con la comunicación temprana, Bion (1963a, 1963b, 1967) desarrolló un modelo basado en los conceptos de identificación proyectiva e introyectiva para explicar los intercambios afectivos entre el bebé y su madre que sentarían las bases del proceso de estructuración mental del bebé y de la empatía. Según este modelo, cuando el bebé experimenta una vivencia desestructurante, (un dolor intenso desquicia, enloquece), siente que su frágil Yo se quiebra al no poder metabolizar la experiencia y aparece una angustia de muerte. Cuando llega la madre, le deposita mediante la identificación proyectiva (Klein, 1946), esa parte suya que está horrorizada por el dolor mortal, Bion hablaba del "terror sin nombre". Si la madre recoge empáticamente esa angustia de muerte y, procesándola afectiva y cognitivamente, le devuelve tranquilidad y calma, le transmite una sensación de calidez, de apoyo, de cuidado. Para Bion la madre hace de "continente" emocional, el niño le ha proyectado "contenidos" desagradables, su sufrimiento, y la madre lo

recoge, lo transforma en calma, en apaciguamiento. El bebé introyecta entonces un dolor apaciguado y una madre continente que fortalece su Yo. Se le ofrece un modelo de alguien que puede calmar, y el niño introyecta esa imagen y la hace suya aprendiendo a ser continente de sí mismo.

Según Bion este sería el modo más primitivo de comunicación, aceptar una parte del otro y sentir lo que él siente, poner una parte de nosotros en el otro para que la contenga y nos ayude. Dicho en otros términos la identificación proyectiva e introyectiva estarían en la base de la empatía. Desde esta perspectiva el ser humano se va construyendo a través de la interacción con el otro, aprende unos modelos de vínculo que le ayudan a estructurar su mente y a comprender y regular su mundo emocional.

Esta comunicación primitiva se da en una relación vincular madre-hijo. Bowlby (1969, 1973, 1980) y Ainsworth y Bell (1970) estudiaron desde el psicoanálisis y la etología, el lazo afectivo que se establece entre el niño y las personas de su entorno cercano y le impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellas. Estos autores llaman "apego" a este vínculo afectivo que se caracteriza por: esfuerzos por mantener la proximidad, mantener un contacto sensorial privilegiado, exploración del mundo desde la figura de apego, como base segura, y ansiedad ante la separación y sentimientos de desolación ante la pérdida.

En el apego se distinguen tres componentes: Las conductas de apego, un modelo mental de la relación y los sentimientos. Las conductas de apego incluyen llamadas, vigilancia y aproximación a la figura de apego. El modelo mental incluye recuerdos de la relación, el concepto que se tiene de la figura de apego y de sí mismo, las expectativas sobre la relación y la visión del contexto en el cual se sitúa la relación. Finalmente, en una buena relación de apego se dan sentimientos de seguridad asociados a la proximidad y el contacto, y ansiedad ante la pérdida.

Ainsworth et al. (1978) describieron tres tipos de apego según el grado de seguridad que mostraban los niños con su madre. La seguridad la valoraron a través de la facilidad con que el niño explora ambientes nuevos en presencia-ausencia de la madre, el éxito con que la madre consuela al niño y las conductas de proximidad y contacto que adopta el niño después de situaciones estresantes.

Los tres tipos son: 1) *Apego seguro*. La madre percibe, interpreta y responde adecuadamente a las demandas del niño. La relación es cálida y la madre emite respuestas coherentes. 2) *Apego inseguro con rechazo o evitación*. El niño no parece molesto por la ausencia de la madre y tiende a evitar o ignorar a los padres. Los padres son rechazantes. 3) *Apego inseguro con ambivalencia*. No usan a la madre como base de seguridad, su interés en la exploración es bajo, toleran mal el estrés, se muestran ansiosos en la separación y, cuando vuelve la figura de apego, se muestran ambivalentes, oscilando entre el deseo de contacto y la angustia de separación por un lado, y el rechazo por otro. Las respuestas de los padres son incoherentes y están menos disponibles.

Según Spieker y Booth (1988) entre un 57% y un 73% de los niños de la población normal tienen un apego seguro en el que los padres son cálidos y sensitivos y los niños no temen expresar el enfado, la autonomía se adecua a la edad de los hijos y para padres e hijos existe libertad para estar solo o acompañado. El apego inseguro con rechazo o evitación se da en un rango de 15% a 32% de los niños. Los padres de este grupo a menudo olvidan su infancia y tienden a idealizar a sus padres como forma de negar una relación en la infancia vivida como negativa. Con sus hijos tienden a mantener una distancia emocional y física para reducir la probabilidad de explosión emocional que lleve al rechazo, lo cual implica una pérdida de sensibilidad hacia las necesidades del hijo. El niño no aprende a explorar sentimientos e intimidad y se muestra aparentemente independiente. El apego inseguro ambivalente se da en un rango del 4% al 22% e incluye estilos transaccionales aglutinados, padres preocupados que se dedican a rumiar problemas pasados y se sienten abandonados si los hijos se autonomizan; los hijos son a menudo parentalizados.

Main y Salomon (1986) incluyeron un cuarto tipo de apego al que llamaron "*desorganizado/sin resolver*" que alcanza un rango de 15% a 25% en la población normal pero un 80% en los casos de maltrato. Este apego incluye una mezcla de evitativo y ambivalente o un conflicto de acercamiento/evitación creado por el miedo a la figura de apego que puede maltratar al niño. Los padres son categorizados como "sin resolver" pues no han elaborado la pérdida de su figura de apego o han tenido un trauma reciente que no han logrado remontar (Ainsworth y Eichberg, 1991).

El modelo de apego que tenga un sujeto va a influir poderosamente en la consideración que tiene de sí mismo y de los demás, de manera que los que han tenido un apego seguro tendrán más confianza en sí mismos y se relacionarán mejor con los demás, habiendo desarrollado un adecuado manejo del mundo emocional y capacidades empáticas. El concepto de apego seguro está íntimamente relacionado con los de madre "suficientemente buena" de Winnicott, el "pecho bueno introyectado" de Klein y la "función continente" de Bion, y todos hacen referencia a lo necesario que es un vínculo adecuado con los padres para que el niño se pueda desarrollar sano. Winnicott (1956) hablaba de la "preocupación maternal primaria" para referirse a un estado de sensibilidad exaltada en el que la madre puede hacerse cargo de las necesidades del bebé, y de la función de "sostenimiento" (holding) (Winnicott, 1960) que realiza la madre para proteger al bebé contra estímulos negativos y proveerle de cuidados, de manera que sea una madre "suficientemente buena" para que su hijo se desarrolle a nivel psicológico y emocional.

Alexitimia

La dificultad para expresarse emocionalmente ha sido recogida en el constructo "alexitimia", según Nemiah (1977) los cuatro aspectos más destacables en la alexitimia son: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos

(emociones) de la activación emocional, 3) pobreza de fantasías y 4) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitarista, literal, referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción.

Las características de la alexitimia (Kristal, 1979) son:

A. Rasgos esenciales

1. Pensamiento simbólico reducido o ausente. Es utilitario, minucioso, centrado en el exterior, no expresando sus motivaciones, deseos, tensiones o sentimientos.
2. Limitada capacidad para fantasear. Existe una inhibición de la capacidad de la fantasía como realizadora de deseos, lo cual les impide la representación de los impulsos y la simbolización de las tensiones como un paso previo a la acción.
3. Dificultad para expresar los sentimientos con palabras. Al tener dificultades en contactar con su realidad psíquica no pueden diferenciar estados emocionales y localizar sensaciones y experiencias corporales, recurriendo a expresar sus demandas con el cuerpo.

B. Rasgos accesorios.

1. "Pseudoadaptación social". Su comportamiento es rígido y excesivamente dependiente de las convenciones sociales.
2. Relaciones sociales estereotipadas, muy dependientes o evitativas, con gran dificultad para empatizar.
3. Impulsividad como expresión de conflictos. Se descontrolan con facilidad al no poder elaborar previamente los conflictos.
4. Personalidad inmadura (Ruesch, 1948). No desarrollan una adecuada individuación, lo cual está asociado a su deficiente expresión simbólica. Los tipos de personalidad más frecuentes son: Introversos, pasivo-agresivos, pasivo-dependientes.
5. Resistencia a la psicoterapia tradicional. Al no discriminar sentimientos de sensaciones corporales y tener deficiente la capacidad de simbolizar, no poseen la capacidad de introspección necesaria para las psicoterapias dinámicas.

Las áreas afectadas en la alexitimia son (Kristal, 1979): a) Trastorno cognitivo en el que los símbolos se usan como un mero signo, sin integrarlos en un contexto personal, b) Trastorno afectivo caracterizado por la dificultad de diferenciar las sensaciones corporales de las emociones y para expresar con palabras estas últimas, lo cual produce ausencia de expresividad emocional y actuaciones impulsivas inesperadas, y c) Trastorno de las relaciones interpersonales en el que la dificultad de empatizar ocupa un lugar predominante.

Los sujetos alexitímicos padecen alteraciones a nivel cognitivo: fallos en la simbolización, y a nivel afectivo: poca expresividad emocional, impulsividad y dificultad de empatizar. Estas dificultades para manejarse con las emociones lleva a los sujetos alexitímicos a no manejarse adecuadamente en las situaciones estresantes que se les presentan en las relaciones interpersonales, siendo

propensos a la somatización y a las descargas impulsivas como forma de evacuar la tensión que no pueden procesar cognitivamente.

Emde (1988) y Stern (1984) destacan la función integrativa y comunicativa de los afectos, y de los mecanismos cognitivos implicados en su regulación y modulación. Estas funciones estarían alteradas en los alexitímicos, por lo que son vulnerables a un incremento de la tensión provocada por estados indiferenciados de activación emocional. El problema fundamental es el déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones, independientemente de su fuente, y el conflicto intrapsíquico sería una fuente de activación. El origen de este déficit puede estar tanto en variaciones de la organización cerebral como en los defectuosos patrones de intercambio afectivo durante el desarrollo infantil. (Emde, 1988; Stern, 1984; Taylor, 1984, 1987; Edgcombe, 1984; Osofsky y Eberhart, 1988), o en las relaciones familiares actuales, como plantean Onnis y Di Genaro (1987).

En resumen, las emociones se “aprenden” y regulan en las interacciones tempranas, si los padres son empáticos y los vínculos establecidos son adecuados, el niño podrá manejar adecuadamente sus emociones y ser empático con el otro. De esta forma se establecerán relaciones en las que prima el respeto hacia el otro, pero si el desarrollo no tiene lugar en un contexto relacional seguro, el niño no aprenderá a manejarse con las emociones propias y ajenas, ni a ser continente de sí mismo y de los demás, dándose desencuentros en los que la violencia puede fácilmente instaurarse.

Violencia, psicopatología y contexto.

Gómez-Jarabo (1999) entiende la *agresión* como una conducta natural adaptativa, intencional y propositiva, común en el mundo animal. Es considerada como una respuesta normal frente a circunstancias adversas y orientada a la supervivencia del individuo y la especie, bajo los límites del autocontrol. Por otro lado describe la *violencia* como una conducta negativa, excesiva, inapropiada y destructiva. Martín (2000) distingue entre: la agresión directa, física, que incluye: a) ofensa o ataque, b) defensa, reactiva y c) agresión irritable, indiscriminada, inespecífica y reactiva. Por otro lado estaría la *agresión indirecta* que se expresaría en la dominancia y la agresión simbólica. Los actos agresivos pueden ser activados por el ataque, la defensa, la ira o la depredación.

La agresividad está influida por condicionantes biológicos y ambientales específicos, y se expresa de una forma impulsiva o premeditada. Su expresión se sustenta en factores: a) *endógenos*: biológicos (sistema nervioso y endocrino) y psicológicos (emociones y cogniciones) y b) *exógenos*: situacionales (atmosférico, alimentario, drogas, contexto) y sociales (aislamiento, espacio restringido, desorganización, valores, escasez de recursos). A nivel biológico la agresión está determinada por la actividad de los centros corticales (control inhibitorio),

subcorticales (sistema límbico que regula la aceleración-freno), neurotransmisores (activadores: dopamina, noradrenalina e inhibidores (serotonina) y hormonas. Responde a estímulos internos y externos que son procesados cognitivamente cotejando la información actual con la pasada, si el procesamiento de esa información no es adecuado, como veíamos en sujetos con trastornos psicopatológicos y en los alexitímicos, es más probable que se utilice la agresión y la violencias como modo de influir en el ambiente.

La agresión se activa por afectos negativos (causadas por estímulos aversivos), la respuesta de ataque-fuga (determinada por factores genéticos, el aprendizaje y factores situacionales) y por cogniciones. Bandura (1973, 1983) afirma, desde el aprendizaje social, que la agresión es instigada por modelos (excitación, atención), estímulos aversivos (ataque, frustración), incentivos (admiración, refuerzos positivos), instrucciones (órdenes) y creencias anormales (paranoia), y se mantiene por medio de la autorregulación (orgullo, culpa), estímulos externos (premio-castigo) y experiencias vicarias.

Los trastornos psicopatológicos están asociados a la violencia en los casos en los que existe una activación del sistema nervioso central y una disminución de la capacidad inhibitoria, que puede deberse al deterioro de la atención, memoria, concentración y pensamiento, lo cual lleva a una mala interpretación de estímulos y a una respuesta inadecuada. En la clínica encontramos más probabilidades de que los sujetos que no procesan cognitivamente las emociones de una forma adecuada y que no evalúan correctamente la realidad recurran a la violencia como modo de expresión e influencia en el ambiente. Es el caso de los sujetos demenciados, psicóticos, que abusan de sustancias, etc... Hemos visto también que los sujetos alexitímicos padecen alteraciones cognitivas a la hora de procesar la información relacionada con el mundo emocional, poca expresividad emocional e impulsividad y dificultad para empatizar. Por todo ello son propensos a la expresión violenta.

Por otro lado, el ambiente en el que viven los sujetos con trastornos psicopatológicos crónicos posee unas características, englobadas en el concepto de "carga familiar" que favorecen la expresión agresiva. La carga familiar es favorecida por el aislamiento social al que se ven abocadas muchas familias con enfermos mentales debido al estigma social, rechazo y vergüenza, que conlleva la enfermedad mental y al enmarañamiento en las relaciones que se ve favorecido por el aislamiento (McFarlane, 1983). Hammer (1981), Platt (1985), Goldmann (1982), Fadden et al, (1987) y Carpentier (1992), señalan la pobreza de la red social de los familiares de esquizofrénicos. Estos autores han resaltado la carga que representa para la familia el tener un miembro con una enfermedad psiquiátrica, lo cual conlleva un aumento de la ansiedad, la depresión. Anderson et al. (1984) describen una asociación positiva entre una pobre red social de los familiares y una enfermedad más prolongada.

La carga es subjetiva (culpa, cólera, sensación de derrota, sentimiento de inadecuación) y objetiva (estrés crónico y dificultades económicas). Todo ello

influirá negativamente en paciente y familiares los cuales pueden sufrir la agresividad del paciente y llegar a adoptar actitudes negativas hacia éste que favorecen las recaídas. Estas actitudes negativas también pueden darse hacia paciente y familiares por parte de los servicios asistenciales, lo cual conforma un ambiente favorecedor de la violencia.

En relación con las actitudes de los familiares hacia los pacientes crónicos, Brown et al. (1962), Brown y Birley (1968), Brown, Birley y Wing (1972), 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, investigan la actitud emocional de los familiares hacia los esquizofrénicos. Fruto de sus investigaciones surge el constructo Emoción Expresada (EE) que hace referencia a las actitudes emocionales de los familiares hacia el paciente. Se mide a través de una entrevista semiestructurada, la Camberwel Family Interview (CFI). La EE está compuesta por 5 subescalas: Criticismo (CC), Hostilidad (H), Implicación Emocional Excesiva (IEE), Comentarios Positivos (CP) y Calor (C). Las tres primeras son predictores de la recaída y son expresión de actitudes agresivas hacia el paciente, especialmente las dos primeras. El criticismo comprende los comentarios críticos (resentimiento, desaprobación o disgusto) dirigidos a conductas del paciente, (por Ej.: "Me fastidia que fume tanto"). La hostilidad está presente cuando el familiar desconfirma (rechaza como persona) al paciente, (por Ej. "Es un gandul sin remedio"). La implicación emocional excesiva es otra escala global e incluye 3 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. 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 valora las manifestaciones de afecto e interés.

Los familiares altos en EE se caracterizan, según Leff (1994), 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. La EE se ha mostrado como el mejor predictor individual de la recaída en la esquizofrenia, según estudios realizados en diferentes países (Vaughn y Leff, 1976; Leff y Vaughn, 1985; Leff et al. 1987; Butzlaff y Hooley, 1998).

Brown et al. (1972) encontraron que las familias altas en EE tenían menos relaciones extrafamiliares y menos hijos viviendo en el hogar. Bentsen et al. (1996) encontraron que la alta SIE se asociaba a madres que viven solas con el hijo esquizofrénico y estaban más tiempo con ellos. Barrowclough et al. (1996) encontraron que los padres altos en CC y H padecían depresión y más estrés personal que los bajos, encontraron también gran carga familiar y que si los familiares se atribuían la enfermedad del hijo, el estrés personal era mayor.

Por todo ello podemos afirmar que en las familias con enfermos mentales crónicos

la violencia, entendida como la violación física y emocional que daña la autoestima, llega a ser un problema frecuente que tiene hondas repercusiones en la vida familiar y en el pronóstico de la enfermedad. A su vez los pacientes con dificultades para procesar cognitivamente las emociones y los estímulos internos y externos asociados a situaciones estresantes son más susceptibles, en un contexto relacional dado, de expresarse violentamente. Otro aspecto a destacar es la dificultad de los familiares para empatizar con el sufrimiento del paciente, lo cual dificulta la comprensión de su situación y, por ende, da lugar actitudes agresivas hacia él, como es la alta emoción expresada.

Finalmente, vamos a referirnos brevemente a otro contexto violento asociado a enfermos mentales y sus familias, me refiero a los sistemas asistenciales. Es demasiado frecuente escuchar el maltrato a que son sometidos los padres de los pacientes psiquiátricos, ya sea acusándoles de la enfermedad de sus hijos, tachándoles de exagerados en sus preocupaciones, o censurándoles abiertamente en su comportamiento sin darles alternativas desde una posición empática y humana.

Sabemos también que las actitudes altas en EE de los terapeutas y cuidadores favorecen la recaída de los pacientes, que el personal dedicado a salud mental es insuficiente para una atención que vaya más allá del tratamiento farmacológico y que los profesionales dedicados a este campo presentan un porcentaje de “quemados” alarmante, todo lo cual conforma contexto maltratantes en los que la violencia se instaura. No podemos hablar de violencia y enfermedad mental sin tener en cuenta qué sucede en el sujeto violento, en parte debido a su propio trastorno psicopatológico, pero debemos tener en cuenta su contexto familiar y los sistemas asistenciales que pueden actuar de freno o de acelerador de la violencia.

Bibliografía

Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrate by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters. E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdalle, N.J.: L. Eribaun.

Ainsworth, M.D. y Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment figure, of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other trauma experience. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde y P. Marris (eds.) *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock Publications.

Anderson, C., Hogarty, G., Bayer, T., Needleman, R., (1984). Expressed emotion and social networks of parents of schizophrenic patients. *Brit. J. Psychiat*, 144: 247-255.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. New York. Prentice hall.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. Prentice Hill.

Bandura, A. (1983). Psychological mechanisms of aggression. En R. G. & E. I. Donnerstein (Eds.) *Aggression: Theoretical and empirical reviews*. New York. Academic Press.

Barrowclough, C., Tarrier, N. & Johnston, M. (1996). Distres, Expressed Emotion and attributions on relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (4) 691-701.

Bentsen, H., Boye, B., Munkvold, O. et al. (1996). Emotional Overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *British Journal of Psychiatry*, 169, 622-630.

Bion, W. (1963a). *Learning from experience*. London. Heinemann.

Bion, W.(1963b). *Elements of psycho-Analysis*. London. Heinemann.

Bion, W. (1967). *Second thoughts*. London. Heinemann.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol.1. Attachment*. London. Hogarth Press.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol 2. Separation, anxiety and anger*. London. Hogarth Press.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss, sadness and depression*. London. Hogarth Press.

Brown, G.W., Monck, E.M., Carstairs, G.M. & Wing,J.K., (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Brit. J. Preventive and Soc. Med.*, 16, 55-68.

Brown, G.W. & Rutter, M., (1966). The measurement of family activities and relationships. A methodological study. *Human Relations*, 19: 241-263.

Brown, G.W., Birley, J.L.T. & Wing, J.K., (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Brit. J. Psychiat.*, 121, 241-258.

Butzlaff, R. L. y Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*. 55, 547-552.

Carpentier, N., Lesage, A., Goulet, J., Lalonde, P. & Renaud, M., (1992). Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives. *Hosp. and Community Psychiat.*, 43, (1), 38-43

Emde, RN: Development terminable and interminable (1988). Innate and motivational factors from infancy. *Int J Psychoanal.* 69, 23-42.

Edgumbe, RM: Modes of communication: the differentiation of somatic and verbal expression. *Psychoanal Study Child* 39:137-154, 1984

Eisenberg, N. y Strayer, J. (1987). *Empathy and its development*. Cambridge University Press. (Hay versión en castellano: empatía y su desarrollo. Bilbao. Desclée de Brouwer. 1992.

Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L., (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient family. *Brit. J. Psychiat.*, 150, 285-292.

Feshbach, N. D. (1987). Empatía y ajuste/desajuste infantil. En N. Eisenberg y J. Strayer (1987). *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press.

Feshbach, S. y Feshbach, N. D (1986). Aggression and altruism: A personality perspective. In C. Zahan-Waxler, M. Chapman, & M. Radke-Yarrow (Eds.). *Aggression and altruism: Biological and social origins*. Cambridge: Cambridge University Press.

Garber, J. y Dodge, K. A. (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge. Cambridge University Press.

Garrido, I. (2000). *Psicología de la emoción*. Madrid. Síntesis.

Goldmann, H.H., (1982). Mental illness and family burden: a public health perspective. *Hosp. and Community Psychiat.*, 33, 7, 557-660.

Gómez-Jarabo, V. (1999). *Violencia: antítesis de la agresión*. Valencia. Promolibro.

Hammer, M., (1981). Social support, social networks, and schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 1, 45-47.

Klein, M. (1946). Notes of some schizoid mechanism. En M. Klein (Ed.) *Developments in psycho-Analysis*. London. The Hogarth Press.

Krystal H: Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 33:17-31, 1979

Lazarus, R. S. y Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason*. New York. Oxford University Press.

Leff, J. & Vaughn, C., (1985). *Expressed emotion in families. Its significance for mental illness*, New York: The Guilford Press.

Leff, J., Wig, N., Ghosh, A., Beedi, H., Menon, D., Kuipers, L., Korten, A., Ernberg, G., Day, R., Sartorius, N. & Jablensky, A., (1987). Influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *Brit. J. Psychiat.*, 151, 166-73.

Main, M. y Salomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton y M.W. Yogman (eds.). *Affective development in infancy*. Norwood NJ: Ablex Publishing Corp.

Martín, J. (2000). *Agresión un enfoque psicobiológico*. Valencia. Promolibro.

McFarlane, W. R. (1983). *Family therapy in schizophrenia*. New York. The Guilford Press.

Nemiah JC: Alexithymia: theoretical considerations. *Psychoter Psychosom* 28:199-206, 1977

Onnis, L. y Di Genaro, A: Alexitimia: Una revisione critica. *Medicina Psicosomatica*, 32:45-64. 1987

Osofsky JD; Ederhart-Wright A: Affective exchanges between high risk mother and infants. *Int J Psychoanal* 69:221-231, 1988

Platt, S., (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol. Med.*, 15, 382-394.

Ruesch J: The infantile personality. *Psychosom Med* 10:134-144, 1948

Spieker, S.J.. y Booth, C. L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky y T. Nezworsky (eds.). *Clinical implications of attachment*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Stern, D. N. (1984). Affect attunement, in *Frontiers in Infant Psychiatry*, vol 2. Edited by Call JD, Galenson E, Tyson RL. New York, Basic Books.

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York, Basic Books.

Taylor, G.J. (1987): *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, CT, International Universities Press.

Taylor, G.J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *Am J Psychiatry* .141:725-732.

Vaughn, C. & Leff, J., (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Brit. J. Psychiat.* 129, 125-137.

Winnicott, D. W. (1960). La teoría de la relación paterno-filial. En D. W.

Winnicott (Ed.) El proceso de maduración en el niño. Barcelona. Laia.

Winnicott, D. W. (1956). Preocupación maternal primaria. En D.W. Winnicott (Ed.) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona. Laia.