

¿COMO SE ENCUENTRAN LAS ANOREXICAS TRATADAS POR MARA PALAZZOLI Y SU EQUIPO DESDE EL 1971 AL 1987?

Matteo Selvini, Mara Palazzoli, Giulia Allegra, Renza Babando, Pino Basile, Laura Bedarida, Anna Gogliani, Aurelio Mancini, Danilo Panico, Emanuela Pasin, Teresa Serra

Nuevo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano
Viale Vittorio Veneto, 12. 20124 - Milano (ITALIA)

This paper concerns the interim data on our research on the seguimiento of anorectic girls seen by Mara Palazzoli Selvini and her teams. The data not only bear out the usefulness of family therapy but also show how a family's willingness to become involved in consultation is a highly favorable predictive factor. Finally, this research points in the direction of adopting a critical view to those models of family therapy that are brief, prescriptive and strategic, and favor models based on more long term taking in charge, integrating individual and family treatment.

Key words: *anorexia, family therapy, methods of research*

ORIGEN DE LA INVESTIGACIÓN

El problema de la anorexia mental se está convirtiendo en un problema cada vez más importante y urgente: los medios de comunicación de masas le dedican espacios cada vez más amplios, mientras que los terapeutas y hospitales se las tienen que ver con un número de casos en continuo aumento. Se habla de una auténtica *epidemia social*.

Mara Palazzoli ha sido y es todavía una observadora privilegiada de este fenómeno, al haber empezado a ocuparse de este tema desde inmediatamente después de la segunda guerra mundial, período en que el problema era aún casi desconocido.

La anorexia, en efecto, ha sido considerada una “enfermedad rara” hasta la mitad de los años 60: es precisamente a partir de esta década, y por esta razón, que un importante editor americano no se interesó en la traducción del libro de Mara Selvini Palazzoli del 1963 “Anorexia mental”.

Ahora que el interés por la anorexia es tan actual y difuso nos ha parecido importante e interesante poner a disposición de la comunidad científica la experiencia de la actividad terapéutica de Mara Palazzoli y de su equipo a partir del momento en que la anorexia ha sido tratada en el contexto de la Terapia Familiar de orientación Sistémica, es decir, a partir del 1971.

En ese año Mara Palazzoli inició la constitución de su nuevo equipo. Junto a Boscolo, Cecchin y Prata, equipo que cuatro años después publicó “Paradoja y contraparadoja” (1975), donde aparecen las primeras descripciones de casos de anorexia tratados con técnicas familiares.

El *objetivo de nuestra investigación* es dar una respuesta a algunas hipótesis fundamentales surgidas en los últimos años:

- En primer lugar, hemos querido evaluar en términos concretos y cuantitativos los *resultados obtenidos en terapia familiar*, dado que esta metodología terapéutica a menudo ha sido criticada por no haber sido capaz de ofrecer pruebas documentadas sobre su eficacia (Anderson, 1986). Se le ha acusado, igualmente, de proclamar su validez apelando únicamente a declaraciones de principios, a descripciones anecdóticas de casos exitosos, al supuesto carisma de sus líderes. Por consiguiente, en el presente trabajo nos hemos planteado ofrecer datos empíricos, cifras y porcentajes lo más objetivos posible.

- En segundo lugar, hemos querido conocer la suerte que han corrido, a largo plazo, las *jóvenes tratadas* por nosotros que padecían anorexia mental. Las investigaciones existentes se basaban casi todas sobre pacientes ingresadas en unidades de medicina o de psiquiatría. Respecto a otras investigaciones de seguimiento, realizadas con poblaciones diferentes en contextos diversos, no son comparables, dado que constituyen un término demasiado genérico de comparación respecto al nuestro: el de un centro de psicoterapia. El estudio había de ser a largo plazo para que se pudiese evaluar si los efectos de la psicoterapia servían sólo de paliativo inmediato o podían considerarse, en cambio, duraderos. Los casos tenían que ser numerosos y no seleccionados según criterios, para no influir y, por tanto, sesgar los datos: por eso hemos decidido tomar en consideración todas las chicas que han contactado con el Centro de Mara Palazzoli, aunque fuera tan sólo para una única sesión.

Especialmente nos hemos interesados por los datos relativos a mortalidad, calidad de vida y relaciones familiares actuales de nuestras ex-pacientes (no podíamos contentarnos con sólo con los datos relativos al sintomatología anoréxica: muchas investigaciones muestran el paso, a través del tiempo, de la anorexia a otras formas igualmente graves de trastorno.

- Una tercera pregunta que nos hemos hecho tiene que ver con la *validación de los diferentes métodos terapéuticos* utilizados en el pasado.

En efecto, en los *años 70* el trabajo terapéutico se hacía con toda la familia, cuyos miembros eran connotados todos de forma positiva, pero dirigiéndose de

modo especial, con un reto muy provocador, a la llamada “paciente designada” (definición es sí ya significativa en la relación privilegiada del terapeuta con la anoréxica; para una descripción más amplia véase Palazzoli *et al.*, 1975).

Posteriormente, en los años 80, se ha experimentado extensamente la técnica de la prescripción invariable, en el contexto de la cual los miembros de la familia extensa, la paciente y eventuales hermanos o hermanas, eran implicados sólo en las primeras sesiones, mientras que posteriormente el trabajo se centraba en la alianza con sólo los padres, los cuales asumían la responsabilidad de co-terapeutas de la hija (para una descripción más amplia véase Selvini Palazzoli *et al.*, 1988).

A pesar de ello, los conceptos fundamentales de la técnica no habían cambiado respecto a los años 70, en el medida en que los puntos clave en que se basaba el trabajo eran: la implicación desde la primera sesión de toda la familia nuclear, el proyecto de una terapia breve, que no superase las 10 sesiones, intervalo de un mes entre sesiones y, finalmente, una terapia orientada a relacionar la anorexia con las relaciones dentro de la familia.

En muchos casos tratados en los años 80, pertenecientes, por tanto, al período de la “prescripción invariable”, se ha realizado un trabajo de análisis de las relaciones familiares, similar al que se llevaba a cabo con las familias que luego recibían la prescripción, pero sin que la prescripción fuera después suministrada efectivamente por varias razones (que veremos en el siguiente apartado).

Hemos podido, de este modo, diferenciar tres tipos de técnicas utilizadas en el curso de estas dos décadas: la paradójica (1971-1978), la de la prescripción invariable y la de la reconstrucción del juego familiar (ambas durante los años 1979-1987).

De estas diferentes técnicas, hemos querido evaluar:
los efectos sobre el bienestar global de las anoréxicas;
los efectos sobre las relaciones familiares, a saber, la vivencia de satisfacción o negatividad durante el seguimiento;
qué recuerdo de la calidad de aquella experiencia terapéutica había quedado en esas jóvenes.

LOS TRES MÉTODOS TERAPÉUTICOS

En relación a los tres sucesivos métodos terapéuticos, nos parece útil hacer una breve exposición que explique sus razones.

Mara Palazzoli se había encontrado con las primeras pacientes anoréxicas a finales de los años 40, mientras estaba especializándose en medicina interna en la Clínica Universtaria de Milán. La aparición de pacientes anoréxicas (incluso el director de la clínica no había visto nunca ningún caso) coincidió con el final de la segunda guerra mundial y la explosión del llamado “milagro italiano”: con el final de las restricciones alimentarias las tiendas y las mesas familiares se llenaron de comida: poco después aparecieron las primeras pacientes anoréxicas. Estas joven-

citadas descarnadas (que algunos se obstinaban a considerar enfermas hipofisarias) eran demasiado indiferentes a la propia impresionante apariencia como para poder ser consideradas pacientes biológicas. Fue así como Mara Palazzoli colgó los hábitos de médico internista para convertirse en psiquiatra y psicoterapeuta de orientación psicoanalítica. Persistió en ello durante diecisiete años, publicando varios artículos y un libro sobre el tema.

Pero, poco a poco, la fascinación empezó a dejar paso a la desilusión. Demasiado largo era el tiempo necesario para obtener un resultado, demasiados eran los interrogantes que quedaban sin una respuesta satisfactoria.

Era necesario encontrar un instrumento psicoterapéutico más adecuado. De este modo en 1967, después de haber estudiado atentamente lo que los pioneros norteamericanos de la terapia familiar habían publicado y de haber realizado un viaje a varios centros en los Estados Unidos, fundó en Milán el primer Centro Italiano para el Estudio de la Familia.

Los miembros de aquel equipo -Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, todos ellos médicos y con una formación psicoanalítica- decidieron adoptar para su trabajo clínico el modelo sistémico de forma "purista". En 1975 expusieron en su primer libro "Paradoja y contraparadoja" los métodos terapéuticos ideados por ellos, en aquella primera fase de aprendizaje del pensamiento y de la intervención sistémicos. Concretamente:

- la connotación positiva del comportamiento de cada miembro de la familia
- los rituales familiares
- la regla del intervalo mensual entre sesiones
- la reformulación paradójica del juego familiar en acto y su prescripción.

De los métodos ideados, la *connotación positiva* fue ciertamente el más agudo. Ponía a todos los miembros de la familia en un mismo plano, evitando trazar arbitrariamente demarcaciones moralistas y subjetivas entre los miembros de la familia (buenos/malos). Aprobaba la prevalente tendencia homeostática de la familia con el objetivo implícito de tranquilizarla, estimulando paradójicamente, de este modo, su capacidad de cambio.

El método de los *rituales familiares* consistía en prescribir a toda la familia una serie de acciones que tácitamente sustituían las normas habituales por nuevas.

El *largo intervalo entre las sesiones* provenía de una constatación experimental: las intervenciones terapéuticas exigían tiempo para que sus efectos sobre la organización de la familia se hicieran perceptibles.

La técnica de la *reformulación paradójica*, que prescribía a cada miembro de la familia persistir en su comportamiento por el bien ajeno, suscitaba encubiertamente un interrogante paradójico: ¿por qué una cohesión familiar tan estrecha, definida por los terapeutas como "buena", podía obtenerse sólo a expensas de un "paciente designado"?

Este método obtenía frecuentemente resultados asombrosos. Sin embargo no

faltaban también los fracasos, dado que captar el juego familiar en marcha para después prescribirlo no era, desde luego, una tarea fácil. Además, y esto no es algo a infravalorar, nos dimos cuenta que, después de la publicación de nuestro libro “Paradoja y contraparadoja”, no pocas familias se presentaban a nuestro centro después de haberlo leído atentamente, a veces incluso por consejo del derivante... Con ellos nuestros métodos paradójicos ya no resultaban aplicables.

Fue en este período (1978) que el primer equipo se escindió. Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin fundaron un escuela, mientras que Palazzoli y Prata permanecieron fieles a la vocación inicial de estudiar las familias mediante la psicoterapia. En mayo del 1979 tuvieron la suerte de hacer un descubrimiento interesante. Habían iniciado desde hacía cierto tiempo el tratamiento de una familia difícil. La paciente, Mara de 21 años, la mayor de tres hermanas, padecía desde los 16 años una grave anorexia, desarrollando a continuación comportamientos psicóticos y suicidas. Ni la misma terapeuta, Palazzoli, ni Prata, como supervisora, consiguieron reconstruir una hipótesis del juego familiar. Todo permanecía confuso, a excepción de un punto: las tres chicas se involucraban con una intensidad absurda en los problemas de los padres. Decidimos enmendar de soslayo aquel error con una prescripción. Habiendo convocado a los padres solos, les prescribimos, sin ninguna explicación, volver a casa diciendo abiertamente a sus hijas y a la familia extensa que la terapeuta les había impuesto mantener escrupulosamente el secreto sobre cuanto había sucedido en las sesiones. Y seguidamente, si esa prescripción era escrupulosamente observada, los padres serían nombrados por nosotros co-terapeutas y recibirían otras prescripciones. Concretamente una serie de ausencias de casa de duración creciente, desde unas pocas horas por la tarde a fines de semana y otras de mayor duración. De tales ausencias no tenían que avisar ni dar cuenta a su regreso; únicamente, para evitar interpretaciones dramáticas, tenían que dejar una nota manuscrita bien visible que anunciase el horario (y eventualmente la fecha) de su regreso. Su tarea, además de la escrupulosa ejecución de los varios grados de la prescripción, consistía también en acudir a las sesiones siguientes con apuntes detallados en los que describiesen las eventuales reacciones observadas en cada uno de los miembros de la familia nuclear y de la extensa. Esta prescripción, seguida meticulosamente, tuvo efectos excepcionales: en poco tiempo, María dejó de tener síntomas, se diplomó, encontró trabajo, se convirtió en campeona regional de atletismo de medio fondo y se casó con su entrenador. Después de varios experimentos que tuvieron éxito con otras familias, Palazzoli y Prata tomaron una decisión atrevida: usar aquella prescripción como una especie de método experimental, asignándola invariablemente a todas las familias con hijas anoréxicas (restrictivas y bulímicas). Se hacía cada vez más evidente que esta prescripción, además de tener un fuerte poder terapéutico en cuanto suspendía, entre otras cosas, el control exagerado típico de aquellos padres, ofrecía a los terapeutas una fuente muy rica de informaciones relativas a las diversas reacciones descritas en los apuntes de los

padres (por ejemplo: ¿por qué la indignación hacia el mantenimiento del secreto no era nunca expresada por la paciente sino por algún otro?).

El uso regular de este método nos permitió, además de poner de relieve las disfunciones importantes de esas familias, que denominamos *embrollo afectivo e instigación*, la construcción de un modelo histórico de 6 estadios, partiendo del malestar recíproco de la pareja parental, que denominamos tablas *de pareja*, subraya la implicación en ellas, voluntaria y obligada, a la vez, del hijo/a paciente. Este modelo fue publicado en 1988 en nuestro libro “Los juegos psicóticos en la familia”. A pesar de ello, un cierto y progresivo abandono de la serie de prescripciones invariables se había ido produciendo ya anteriormente, a partir de la formación del nuevo equipo aún en funcionamiento (1982) y la marcha de la doctora Prata del Centro.

Este abandono puede atribuirse a dos motivos. El primero era representado por aquellos casos en que no se podía hacer tal prescripción por diversas razones (por ejemplo, porque la paciente estaba ya casada, o bien si en la familia había uno solo de los padres, y, finalmente, también por nuestra tendencia a abandonar cierta rigidez despachando “*ipso facto*” una familia cuyos padres no tenían el coraje de seguir la prescripción). El segundo, y el más importante, fue el deseo del nuevo equipo de experimentar el modelo esbozado que partía de las tablas de pareja. Estábamos ansiosos de poner a prueba si nuestra actuación, un descubrimiento que relacionaba el sufrimiento de la paciente anoréxica con su indebida implicación con los problemas irresueltos de los padres, pudiese tener por sí misma un efecto terapéutico.

La casuística de los primeros años 80 pertenece a este tercer método que, para simplificarlo, llamaremos el *desvelamiento del juego familiar*.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

En primer lugar hemos empezado reuniendo toda la documentación de los casos de anorexia mental presente en los archivos del Nuevo Centro para el Estudio de la Familia.

Para la identificación de los casos pertinentes a nuestra investigación hemos utilizado los *criterios diagnósticos* incluidos en el *DSM-4* que incluyen:

- el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura (dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso correspondiente con una pérdida ponderal de al menos el 15 % respecto al peso previsto por las tablas);
- un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal;
- la alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal;

· en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos.

Hemos empezado a considerar el *período* estudiado a partir del 1971, puesto que éste es el año que marca el distanciamiento del psicoanálisis y el inicio de la utilización del enfoque sistémico inspirado en Bateson y en la Escuela de Palo Alto (Watzlavick *et al.*, 1967), paralelamente a la escisión del primer equipo de Terapia Familiar de Mara Palazzoli (véase Selvini, 1985).

Nuestra investigación comprende los casos tratados por el Nuevo Centro para la Terapia de Familia *hasta el 1987*, año de viraje puesto que, con la publicación de “Los juegos psicóticos en la familia”, se puso fin a la utilización de la prescripción invariable y el inicio de una nueva fase, basada, en cambio, en la integración del trabajo con la familia y el paciente.

La exclusión de los casos tratados en un período más reciente nos ha permitido además realizar un seguimiento realmente a largo plazo..

Hemos considerado todos los casos tratados en el Nuevo Centro aunque la duración hubiera sido de una sola sesión; resultando 185 *el número total de casos*.

El trabajo ha empezado con la constitución de un grupo de estudio, formado por los autores de este artículo, donde se han leído y discutido diferentes terapias emblemáticas pertenecientes a las diversas fases del trabajo del Nuevo Centro. Paralelamente se ha llevado a cabo una operación de repesca de las ex-pacientes que aparecían en las historias clínicas y, mediante diversas pesquisas, hemos conseguido hasta el momento presente contactar con 115 de ellas.

Les hemos mandado una carta personal en sobre cerrado, donde se les comunicaba el proyecto de investigación y la solicitud de su disponibilidad a colaborar. El texto de la carta es el siguiente:

“Con esta carta queremos informarle de la decisión, largamente discutida y madurada en nuestro equipo, relativa a poner en marcha una investigación para llegar a conocer cómo se encuentran en la actualidad nuestras pacientes de anorexia a las que hace años intentamos ayudar, junto a sus respectivas familias. El presente escrito nos ha parecido el medio más discreto para indicarle que, pasado un tiempo suficientemente largo desde su envío, usted recibirá una llamada personal con el objetivo de pedirle el favor de una entrevista con uno de nuestros colaboradores, sobre los aspectos esenciales de su situación actual de salud física, y de vida personal y relacional. Dicha entrevista tendrá lugar por teléfono el día y la hora acordados. Le estaríamos muy agradecidos si quisiera colaborar con nuestro intento de revisar nuestro trabajo pasado con el fin de poder mejorar el presente”.

Trascurrido un mes, hemos empezado a telefonar para sondear la disponibilidad de las ex-pacientes y, en caso afirmativo, fijar una cita para la entrevista de seguimiento.

En el 89 de los casos (77,4 %) las chicas se han mostrado dispuestas a responder directamente a las respuestas; en 26 casos (22,6 %) un familiar ha respondido en

su lugar, por una serie de razones. En 6 de estos 26 casos uno de los padres o algún familiar se ha interpuesto para proteger a la muchacha del estrés de la entrevista (de los malos recuerdos que ésta pudiera evocar...), mientras cuatro han sido los rechazos a responder por parte de las interesadas.

Hemos preparado una entrevista semiestructurada de seguimiento que retoma mayormente las temáticas presentes en las entrevistas estructuradas de Morgan y Russell: una primera parte relativa al problema físico y de alimentación, una segunda relativa al estado psicológico, seguida de un sondeo del estado psicosexual (relaciones sentimentales) y socioeconómico (independencia de la familia, adaptación al trabajo, relaciones sociales). Posteriormente hemos decidido profundizar algunos *aspectos no tomados en consideración por Morgan y Russell*, tales como:

- la realización de otras terapias médicas o psicológicas después del tratamiento familiar, y, en caso afirmativo, de qué tipo y por cuáles razones específicas;
- las relaciones dentro de la familia nuclear han sido indagadas de manera más detallada, pidiendo un balance de las relaciones actuales con cada uno de los miembros de la familia;
 - qué recuerdo, después de tantos años, tenían de la terapia familiar;
 - qué factor o hecho podía haber sido, según su opinión, determinante y decisivo para la remisión del síntoma anoréxico (naturalmente en los casos donde el síntoma había desaparecido).

En 107 casos (93 %) las *respuestas de seguimiento* han sido *suficientemente colaboradoras y globalmente fiables*.

Hemos excluido del análisis ocho casos cuyas respuestas, aun siendo muy positivas, parecían escasas y evasivas, induciendo de este modo una razonable duda sobre su fiabilidad.

No hemos querido arriesgarnos a deformar/falsear los datos en el sentido demasiado optimista: probablemente sea cierto que en la medida en que se profundice el *seguimiento* emerjan áreas problemáticas o dificultades.

Basándonos en los *historiales clínicos*, y por tanto, con todas las limitaciones de una investigación retrospectiva (datos que faltan o lagunas) hemos compilado para cada caso un cuestionario dirigido a sintetizar los datos fundamentales relativos a las ex-pacientes, sus familias, las características de su trastorno anoréxico y las modalidades del desarrollo de la terapia (desde el momento de la primera consulta hasta la entrevista de seguimiento)

Para una primera cuantificación hemos dividido algunas variables en 3 categorías.

Por lo que respecta al *Estado Psíquico* las categorías representan: síntomas graves, de tipo psicótico; síntomas neurótico-distímicos; ausencia de síntomas.

En el *Estado Psicosexual* (relaciones sentimentales) en cambio distinguimos: comportamiento evitativo respecto a cualquier tipo de relación; relaciones inestables; relaciones amorosas estables.

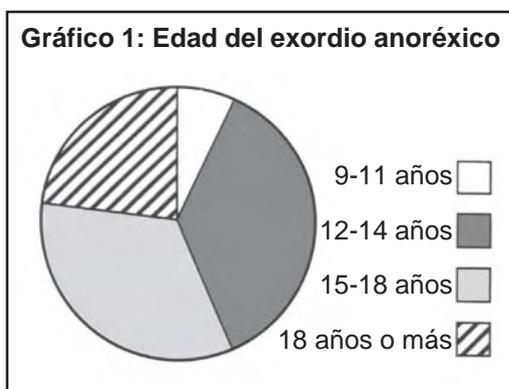
De modo parecido hemos categorizado, simplificando, las *Relaciones Familiares* (negativas, mixtas, positivas) y el *Recuerdo de la Terapia* (negativo, neutro, positivo).

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Se trata, pues, de un seguimiento a largo plazo, uno de los más largos existentes en la literatura especializada (Herzog *et al.* 1988; Cuzzolaro *et al.*, 1993; Garner y Garfinkel, 1982); la longitud media es, en efecto, de 13 años (desde un mínimo de 8 a un máximo de 24 años).

La *edad media* de las chicas desde el exordio anoréxico es de 16,1 años, pero, como puede verse en el gráfico 1, el síntoma aparece normalmente entre los 12 y 20 años, con una punta máxima (moda) alrededor de los 14 años.

Según nuestra experiencia la edad de exordio anoréxico tiende a mantenerse estable en el tiempo:



En efecto, igualmente en los 51 casos tratados en el período 1988-1994 (no tomados, aquí, en consideración) la edad media de exordio resulta ser la de 16 años.

En el momento de la primera consulta las chicas tratadas por nosotros casi siempre habían ya realizado *otros intentos de tratamiento*: en efecto, en el momento de la consulta, el 49,5 % de los casos habían sido ya ingresados en el hospital.

Presentaban ya síntomas con una media de 2,6 años (desde un mínimo de 4 meses a un máximo de 14 años).

Se constata, pues, una *cronicidad* significativa, aunque menor respecto a otras investigaciones (véase Ratnaruriya *et al.*, 1991).

Otro dato significativo es la *estructura de las familias* de nuestras ex-pacientes: se trata en al mayor parte de familias *estables*, cuyos padres viven y conviven (89 %), mientras que sólo el 10,5 % de estas chicas tienen padres difuntos o separados. Este dato se ha mantenido e incluso se ha visto confirmado en los años más recientes: en los casos tratados entre el 1988 y el 1994, las familias normales representan el 96 %.

Estos datos parecen relacionarse directamente con las características de esta tipología de familia, aunque bien pudiera ser que se tratara de un fenómeno que viniera reforzado por la selección que los usuarios hicieran de un centroespecíficamente orientado al estudio y la terapia de la familia.

La familia de la anoréxica parece estar muy influenciada por un importante

cambio sociológico: la emancipación de la mujer y su ingreso en el mundo laboral.

En la casuística de Mara Palazzoli como psicoterapeuta individual (años 50-60) las *madres trabajadoras* de las chicas anoréxicas eran muy escasas, mientras que en nuestra muestra (1971-87) resultan ser el 47 % y en la muestra más reciente (1988-94) llegan a ser hasta un 80 %.

Nos parece probable, pues, una correlación entre el aumento de la actividad laboral extradoméstica de la mujer y el boom de la anorexia como epidemia social.

Pocas de nuestras *pacientes* estaban *casadas o convivían en pareja* en el momento de la consulta familiar (6,8 %).

Analicemos ahora el *tipo de anorexia*: Se trata en el 66 % de los casos de anorexia restrictiva y en el 34 % de anorexia bulímica; si consideramos dentro de la muestra solamente los casos de los años 70 el porcentaje de anoréxicas restrictivas es aún más elevado mientras que, en cambio, en los casos más recientes (1988-94), éste desciende hasta un 47 %.

Nuestros datos confirman, pues, claramente la existencia de una fuerte *tendencia epidemiológica de aumento de la anorexia bulímica* ya señalada por muchos.

LOS DATOS DEL SEGUIMIENTO

¿Cuántas son aún anoréxicas? El 92,5 % han remitido de la anorexia, el 3,7 % son anoréxicas restrictivas y todavía el 3,7 % son anoréxicas bulímicas.

Sólo 8 de las 107 pacientes resultan ser *sintomáticas*, en el sentido anoréxico, en el seguimiento; se trata de un dato muy significativo respecto a las investigaciones existentes en la literatura actual.

Además de estas ocho sólo cuatro están realmente muy mal, mientras que de las cuatro restantes, una lleva un vida totalmente normal y las tres restantes, una vida en muchos aspectos normal. Pero se trata de evaluar cuántas chicas, aunque no sean ya anoréxicas, continúan estando aún muy mal.

Empecemos con el resultado peor: *la mortalidad*. De las 115 pacientes tratadas *solamente una* murió. La media global de este dato en otras investigaciones es del 5 % (variando desde el 0 % al 22 %); Walford encuentra un 6,6 % (Walford *et al.*, 1991), Ratnasurya un 17,5 % (Ratnasurya *et al.*, 1991), Jeammet un 7 % (Jeammet *et al.*, 1991).

Podemos considerar muchos otros estudios como los citados una especie de grupo de control respecto a nuestra muestra: en efecto, otros estudios relativos a chicas ingresadas en el hospital y tratadas exclusivamente de modo médico-farmacológico (Ratnasurya, ingresos que tuvieron lugar en Londres en los años 50) o con un enfoque médico-psicológico, pero con un grado alto de definición médica de la anorexia como enfermedad.

Contrariamente, nuestro trabajo de psicoterapia familiar concibe el trastorno anoréxico como la expresión de un sufrimiento psicológico de una chica que le

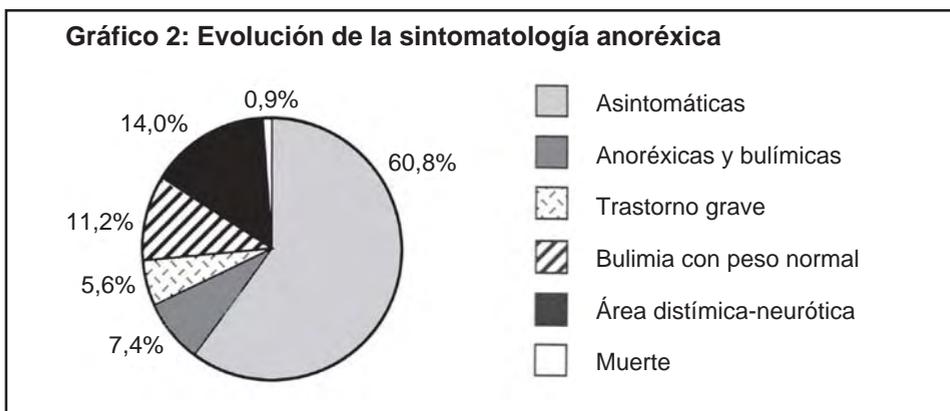
cuesta crecer en el seno de determinadas relaciones familiares. En este sentido, creemos que nuestra investigación va en la dirección de demostrar la eficacia terapéutica de las premisas psicológicas respecto a las médicas.

Una confirmación en esta dirección la hallamos en el análisis cualitativo de nuestro único caso de mortalidad, que se caracterizaba por la incapacidad de la familia para concebir el problema en términos psicológicos, la falta de apego afectivo de los padres respecto a la paciente, la marcada expulsividad en las relaciones con ésta, los larguísimos ingresos en el hospital con la recuperación de peso, las inmediatas recaídas a la vuelta al hogar hasta su muerte acaecida unos tres años después de esta odisea.

El dato relativo a la *duración de la sintomatología anoréxica*, en las chicas que ya no presentan síntomas en el momento del seguimiento, es el siguiente: hasta unos 12 meses el 19,8 %, de 13 a 59 meses un 50,5 %, y más de 60 meses un 29,7 %.

La anorexia es pues un largo viaje de sufrimiento, un viaje que a menudo lleva a otras formas de malestar.

Los datos relativos a la evolución del síntoma se resumen en el siguiente gráfico 2:



Los datos de otras investigaciones, relativos a la mayor parte de la evolución de la anorexia en trastornos psiquiátricos no definidos, con porcentajes que van del 22 % al 80 %.

- Bruch 0 % (Bruch, 1974),
- Tolstrup 11 % (Tolstrup *et al.*, 1985),
- Hawley 12 % (Hawley *et al.*, 1985),
- Hall 14% (Hall *et al.*, 1984),
- Hsu 24 % (Hsu *et al.*, 1979),
- Sturzenberger 30 % (Sturzenberger *et al.*, 1977).

Muy interesantes son los datos relativos a la *vida afectiva* de las ex-pacientes fuera de la familia, que indican que muchas de estas chicas tienen ahora una vida

afectiva normal.

Hasta el momento, 19 han tenido hijos, pero es demasiado pronto para hacer un balance definitivo puesto que la edad media actual es de 31 años.

En las otras investigaciones a menudo se muestra sólo el dato relativo a las expacientes casadas, que varía del 4 % (Niskanen, 1974) al 64 % (Beck, 1954).

Datos más precisos relativos a la ausencia de relaciones afectivas son recogidos en:

- Sturzenberger 19 % (Stursenberger *et al.*, 1977),
- Ratnasurya 20 % (Ratnasurya *et al.*, 1991),
- Morgan 22 % (Morgan *et al.*, 1975),
- Waren 31 % (Warren, 1968),

También es muy elevado el porcentaje relativo a la *adaptación* de estas chicas a la actividad laboral o al estudio: en el 85,5 % de los casos es buena, en el 9,3 % es parcial mientras sólo en el 5,2 % es nula.

En los estudios existentes en la literatura un buen funcionamiento es estimado entre el 38 % y el 89 %.

En un buen número de casos se han restablecido *relaciones familiares* satisfactorias (positivas en el 51 % de los casos, negativas en el 14 % y mixtas en el 34 %), aunque muchas de estas “curaciones” han sido construidas “contra” o bien “sin” la familia.

Constatar una frecuencia tan elevada en el seguimiento de las relaciones familiares difíciles, juntamente con el dato (ver más adelante) del elevado número de pacientes que no tienen un recuerdo positivo de la terapia familiar, y con el hecho de que muchas chicas han llevado a cabo una terapia individual después de la familiar, nos ha hecho reflexionar sobre las limitaciones metodológicas de la terapia familiar sistémica, practicada durante el período 1971-87. En efecto, sindisponer aún de estos datos, hemos advertido las limitaciones de nuestro enfoque, que ha sido modificado, sobre todo a partir del 1988, tanto en el sentido de la realización de un tratamiento individual de la paciente, como en el sentido de un tratamiento más prolongado en el tiempo.

En este sentido, como decíamos, se ha visto confirmado con los datos relativos al *recuerdo de la terapia*: positivo en el 27 % de los casos, negativo en el 24 %, y neutro en el 49 % de los casos.

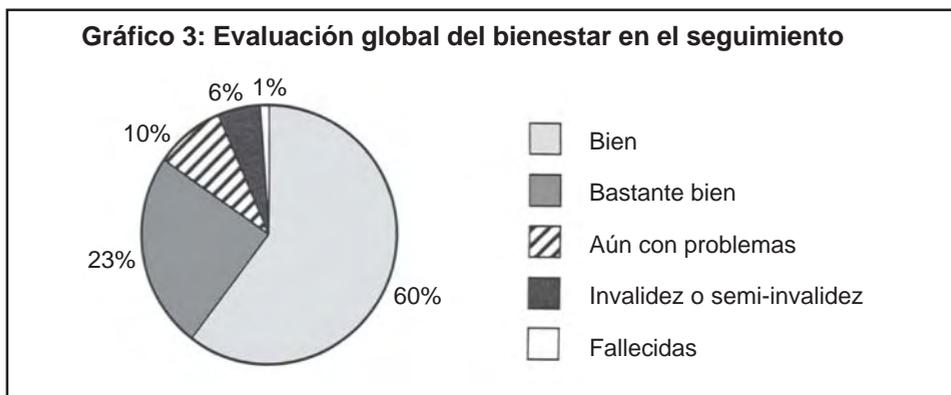
Ha sido muy duro, para todo el grupo investigador que ha participado en este seguimiento constatar que muy a menudo los recuerdos relativos a la terapia no eran muy positivos o, incluso negativos.

Nos hemos explicado este fenómeno teniendo en cuenta sobre todo la brevedad del tratamiento: en efecto, la media de sesiones era de 5,6 (desde un mínimo de una sesión hasta un máximo de 32 sesiones).

Además de ser muy breves, estos tratamientos han dejado poco espacio a estas chicas, y efectivamente casi el 54,1 % han emprendido una psicoterapia individual

después del tratamiento familiar, y el 24,7 % ha sido ingresado después del tratamiento familiar.

Todo esto confirma, pues, la validez del enfoque psicológico, relacional y familiar, pero también las limitaciones de un enfoque breve, donde la paciente dispone de escaso espacio para la relación con el terapeuta y la elaboración de sus conflictos personales.



A pesar de todas estas limitaciones, *la evaluación global* del seguimiento realizada sintetizando y considerando todas las variables anteriormente analizadas de modo detallado resulta ser claramente positiva (véase el gráfico 3).

Otros datos existentes en la literatura estiman:

- Minuchin halla casi un 80 % de curaciones (en una muestra con una cronicidad media de 6 meses) (Minuchin *et al.*, 1978);

- Garner y Garfinkel encuentran un 50 % con recuperación del peso y la menstruación, un 30 % de término medio de ex-pacientes fallecidas y enfermas crónicas graves (Garner y Garfinkel, 1982);

- Santoanastaso (Padova) halla un 68 % de curaciones, con un seguimiento de 6,8 años y pacientes poco crónicas (Santoanastaso *et al.*, 1987);

- Walford encuentra un 66 % (Walford *et al.*, 1991);

Otros estudios varían entre el 22 % y el 79 %.

FACTORES PREDICTIVOS

Para la comparación estadística se ha utilizado el *Test Chi*, que asume valores comprendidos entre 0 y 1 y expresa una probabilidad de independencia de una distribución.

Se ha tomado como valor máximo para la independencia el 0,08 a partir del cual la distribución de las frecuencias se considera casual.

En nuestra investigación la edad de exordio del síntoma anoréxico no constituye un índice desfavorable (el test chi alcanza un valor 0.49); esto confirma

algunas investigaciones y desconfirma otras, que han sostenido por el contrario que la edad tardía de exordio era un indicador predictivo desfavorable (Garfinkel y Garner, 1982). (Tabla 1)

En las tablas presentadas en este apartado se presentan los entrecruzamientos de algunas variables con la evaluación global. En el análisis de la significación en algunas tablas las categorías “bien” y “bastante bien” han sido consideradas conjuntamente (en la medida en que las chicas que han sido evaluadas de esta forma resultan asintomáticas), así como las categorías “invalidez o semi-invalidez” o “fallecidas”.

Tabla 1: Predictibilidad pronóstica de la edad de exordio

Valoración global en función de la edad de inicio	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
9-11 años	50,0%	25,0%	12,5%	0	12,5%
12-14 años	64,9%	24,3%	2,7%	8,1%	0
15-18 años	51,2%	27,9%	14,0%	7,0%	0
18 años o más	75,0%	10,0%	15,0%	0	0

Las *anoréxicas restrictivas* tienen un pronóstico mejor que las *anoréxicas bulímicas*: en efecto, las que están globalmente bien son el 65 %, en contraste con el 43,2 % de las anoréxicas bulímicas (*Test Chi* 0,08) (Tabla 2).

Tabla 2: Predictibilidad pronóstica del tipo de anorexia

Valoración global en anoréxicas restrictivas y anoréxicas bulímicas	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Anoréxicas restrictivas	69,0%	18,3%	7,0%	4,2%	1,4%
Anoréxicas bulímicas	43,2%	32,4%	16,2%	8,1%	0

Las anoréxicas restrictivas que al inicio de la terapia tenían una *relación sentimental* tienen un pronóstico más favorable: el 87,5 % está bien y el 12,5 % está bastante bien (*Test Chi* 0,03) (Tabla 3)

Tabla 3: Predictibilidad Pronóstica de las relaciones sentimentales

Valoración global de la relación sentimental	Relación sentimental	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Anoréxicas restrictivas	NO	73,3%	6,7%	0	20,0%	0
Anoréxicas bulímicas	NO	33,3%	0	33,3%	33,3%	0
Anoréxicas restrictivas	SI	87,5%	12,5%	0	0	0
Anoréxicas bulímicas	Si	38,9%	38,9%	16,7%	5,6%	0

Un dato sorprendente resulta ser el de la *cronicidad*: no existe diferencia significativa entre los intervalos hasta un años, incluido el intervalo que va de 2 a 5 años y los intervalos de después de 5 años: muchas crónicas al final están bien o al menos bastante bien (*Test Chi* 0,36). No es cierto, pues, que después de los 5 años de cronicidad la probabilidad de recuperarse y curarse disminuya de manera radical (Tabla 4).

Tabla 4: Predictibilidad Pronóstica de la cronicidad

Valoración global en función de la cronicidad al inicio de la terapia	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Hasta los 12 meses	64,6%	25,0%	6,3%	2,1%	2,1%
13-59 meses	63,0%	15,2%	17,4%	4,3%	0
60 meses o más	35,7%	42,9%	0	21,4%	0

Como la edad de inicio del síntoma no parece incidir sobre el resultado final, tampoco la *edad de inicio del tratamiento familiar* tiene relevancia predictiva (*Test Chi* 0,81) (Tabla 5).

Tabla 5: Predictibilidad pronóstica de la edad de tratamiento

Valoración global en función de la edad al inicio del tratamiento	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
11-14 años	62,0%	29,0%	5,0%	0	5,0%
15-18 años	67,3%	18,7%	10,0%	5,0%	0
19 años o más	54,2%	25,0%	13,8%	80,0%	0

La *adaptación en los estudios o en el trabajo* muestra ser un índice predictivo: han evolucionado globalmente mejor las más adaptadas (*Test Chi* 0,04) (Tabla 6).

Tabla 6: Predictibilidad pronóstica de la adaptación

Valoración global en función de la adaptación	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Buena	66,7%	11,1%	0	22,2%	0
Parcial	43,8%	37,5%	12,5%	6,3%	0
Nula	69,8%	18,6%	4,7%	7,0%	0

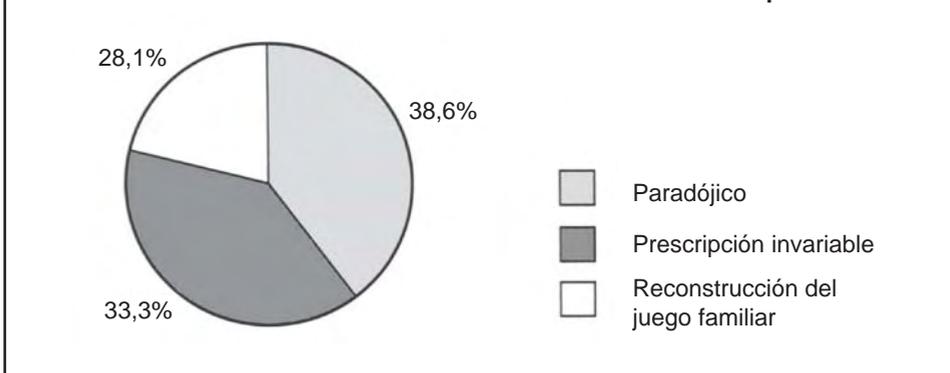
La *hospitalización anterior al tratamiento* es un factor predictivo negativo (*Test Chi* 0,01) (Tabla 7):

Tabla 7: Predictibilidad pronóstica de la hospitalización

Valoración global en función de la hospitalización antes de la terapia					
	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Sí	50,0%	25,0%	11,5%	11,5%	1,9%
No	69,6%	21,4%	8,9%	0	0

COMPARACIÓN ENTRE LOS TRES MODELOS TERAPÉUTICOS

Gráfico 4: Distribución de los casos en los tres modelos terapéuticos



Los tres modelos terapéuticos han sido comparados considerando *tres variables: resultado global, recuerdo de la terapia y estado de las relaciones familiares*.

Los porcentajes muestran ser claramente mejores en el modelo paradójico, superado por el llamado modelo de desvelamiento del juego familiar sólo respecto al estado actual de las relaciones familiares.

Emerge una imagen negativa de la prescripción invariable, que de lleva siempre la peor parte.

El *recuerdo de la terapia* se muestra claramente mejor en los casos tratados con el método paradójico, seguido a buena distancia del desvelamiento del juego familiar y finalmente de la prescripción paradójica (Tabla 8).

Tabla 8: Recuerdo de la terapia en los diferentes modelos

	Negativo	Neutro	Positivo
Paradójico	15,4%	42,3%	42,3%
Prescripción invariable	29,0%	51,6%	19,4%
Desvelamiento del juego familiar	25,0%	52,5%	22,5%

Por lo que respecta al estado actual de las *relaciones familiares*, las mejores puntuaciones son las de los casos tratados con el método del desvelamiento del juego familiar, seguidos de los tratados con el método paradójico y, en último lugar el método prescriptivo (Tabla 9).

Tabla 9: Relaciones familiares actuales en función del modelo terapéutico

	Negativo	Neutro	Positivo
Paradójico	10,7%	39,3%	50,0%
Prescripción invariable	26,7%	33,3%	40,0%
Desvelamiento del juego familiar	6,3%	31,3%	62,5%

A causa de la falta de datos relativos al recuerdo de la terapia familiar y de las relaciones actuales, estas dos primeras comparaciones no han resultado ser estadísticamente significativas (*Test Chi* 0,31 y 0,15).

En cambio, resulta significativo el cruce entre los tres modelos y la *evaluación global* (Tabla 10) (*Test Chi* 0,07). Los casos tratados con la prescripción invariable obtienen un resultado global peor, seguidos de los tratados con el desvelamiento del juego familiar, mientras el resultado más favorable es el de los casos tratados con el método paradójico; en el período paradójico, sin embargo, se tratan todavía un mayor número de anoréxicas restrictivas (véase la Tabla 11. *Test Chi* 0,01), las terapias son más breves y las hospitalizaciones precedentes más frecuentes (68 % frente un 50 %).

Tabla 10: Valoración global en función del modelo terapéutico

	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez
Paradójico	73,3%	20,0%	3,3%	3,3%
Prescripción invariable	52,9%	14,7%	20,6%	11,8%
Desvelamiento del juego familiar	58,1%	32,6%	7,0%	2,3%

Tabla 11: Anoréxicas restrictivas y anoréxicas bulímicas en los tres modelos terapéuticos

	Anoréxicas restrictivas	Anoréxicas bulímicas
Paradójico	87,5%	12,5%
Prescripción invariable	52,6%	47,4%
Desvelamiento del juego familiar	62,2%	37,8%

Tabla 12: Pacientes hospitalizadas en los tres modelos terapéuticos

	SI	NO
Paradójico	68,8%	31,3%
Prescripción invariable	50,0%	50,0%
Desvelamiento del juego familiar	35,6%	64,4%

En esta última tabla (Tabla 12) se observa una disminución del recurso a la hospitalización entre los años 70 (período durante el cual se utilizaba el modelo paradójico) y los años 80 (período durante el cual se utilizaban los otros dos modelos) en la población tratada por el Nuevo Centro (*Test Chi* 0,01).

CONCLUSIONES

En resumen, nuestra investigación pone de relieve un importante elemento predictivo dentro de los factores de “curación” de la anorexia: *la disponibilidad de toda la familia cuestionarse y a implicarse en un trabajo psicológico a favor de la hija anoréxica.*

Es éste el verdadero denominador común de todos nuestros casos: el haber aceptado al menos una sesión de terapia familiar, aunque en muchísimos casos sólo se realizaron 1-2 sesiones, y en muchos otros las terapias, releídas ahora, nos parecen bastante criticables.

No olvidemos que estos casos han sido llevados desde una óptica de investigación y de experimentación de nuevas formas de terapia, sobre las cuales existía entonces una experiencia bastante limitada.

Estos casos, además, fueron tratados por tres equipos diferentes: el formado por Mara Selvini Palazzoli con Boscolo, Cecchin y Prata durante el período 1971-78, el formado por Mara Selvini Palazzoli y Prata durante el período 1979-85, después de la escisión del equipo anterior, y el formado por Mara Selvini Palazzoli con los colaboradores más jóvenes Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino durante los años 1982-87.

Ciertamente estos trabajos de equipo han incidido, al menos en algunas fases críticas, sobre la gestión de los casos.

Resulta pues verdaderamente alentador ver cómo el lastre de todas estas limitaciones haya tenido un peso, en definitiva tan exiguo en el sentido estadístico (aunque no en un sentido más personal porque, los casos que han ido mal, aunque sean pocos, pesan como una maza).

Como conclusión y en base a los resultados obtenidos, podemos afirmar que el especialista que define la anorexia mental como *enfermedad* para cuya curación *no* es necesario convocar a los familiares sino que es suficiente con administrar psicofármacos, ingresos y eventualmente tratamientos cognitivos individuales, tiene que poner en entredicho su capacidad y pericia profesional.

Esta investigación nos confirma positivamente respecto a los métodos terapéuticos actuales, basados en una integración del trabajo individual y familiar y de tratamientos más próximos y prolongados en el tiempo.

Creemos que se trata de una investigación importante para subrayar los *riesgos de la medicalización y psiquiatrización del sufrimiento*: en este sentido las comparaciones con los datos de otras investigaciones llevadas a cabo dentro de un contexto médico-psiquiátrico nos parecen bastante significativas.

En la actualidad resulta creíble pensar que un enfoque psicoterapéutico individual y familiar combinados esté en la base de la casi totalidad de los resultados positivos.

Y finalmente, el presente trabajo nos motiva a poner las bases para futuras investigaciones, que esperamos poder llevar a cabo en los próximos diez o veinte años.

En este artículo presentamos los resultados de una investigación (aún en curso) sobre el seguimiento de chicas anoréxicas tratadas por Mara Palazzoli y sus equipos. Los resultados obtenidos no sólo confirman la eficacia de la Terapia Familiar sino que muestran también como la disponibilidad de las familias a implicarse en el tratamiento es un factor predictivo muy favorable. Finalmente, la presente investigación se orienta a poner a debate los modelos de terapia familiar breve, prescriptiva y estratégica, a favor de otros modelos basados en tratamientos más prolongados en el tiempo, que integren un trabajo individual y familiar.

Palabras clave: *anorexia, terapia familiar, métodos de investigación.*

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título “Come stanno le anoressiche trattate da Mara Palazzoli e dalle sue équipes dal 1971 al 1987? Un studio quantitativo sui risultati della psicoterapia familiare” en *Psicobiattivo*, 16, pp. 51-69, 1996. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1992). *DSM-4*. Masson Editore.

ANDERSON, C.M. (1986). The all-too-short trip from positive to negative connotation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12 (4), 351-354.

- BRUCH, H. (1974). Perils of behavior modification in the treatment of bulimia nervosa. *Jama*, 230, 1419-1422.
- CASSANO, G.B. (1992). Disturbi della condotta alimentare. In Cassano *et al.*, *Tratatto italiano di Psichiatria*, Vol. 2 (pp. 2143-2185). Edizioni Masson.
- CUZZOLARO, M. *et al.* (1993). To recover from what? The long-term psychiatric outcome of people who recover from eating disorders. In *Advancements in diagnosis and treatment of anorexia bulimia and obesity* (pp. 63-74). Roma: Edizioni Promo Leader Service.
- GABBARD, G.O. (1995). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: R. Cortina Editore.
- GARFINKEL, P.E., & GARNER, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner-Mazel.
- GORDON, R.A. (1991). *Anorexia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*. Milano: R. Cortina Editore.
- HALL, A., SLIM, E., HAWKER, F., & SALMOND, C. (1984). Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients. *British Journal of Psychiatry*, 145, 407-413.
- HAWLEY, R.M. (1985). The outcome of anorexia nervosa in younger subjects. *British Journal of Psychiatry*, 146, 657-660.
- HERZOG, D.B., KELLER, M.B., & LAVORI, P.W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of literatura. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176 (3), 131-143.
- HSU, L.K.G., CRISP, A.H., & HARDING, B. (1979). Outcome of anorexia nervosa. *Lancet*, 1, 61-65.
- JEAMMET, P. *et al.* (1991). Le devenir de l'anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatrie de l'Enfant*, 34 (2), 381-442.
- MORGAN, H.G., HAYWARD, A.E. (1988). Clinical assesment in anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assesment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152, 367-371.
- MORGAN, H.G., & RUSSELL, G.F.M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355-371.
- RATNASURIYA, R.H., EISLER, I., SZMUKLER, G.I., RUSSELL, G.F.M. (1991). Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 20, 8-17.
- SANTOANASTASO, P., FAVARETTO, G., & CANTON, G. (1987). Anorexia nervosa in Italy: clinical feature and outcome in a long-term follow-up study. *Psychopatology*, 20, 8-17.
- SELVINI, M. (1985). *Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*. Roma: La Nuova Italia Scientica.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1975). *Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*. Milano: Feltrinelli Editore.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORRENTINO, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: R. Cortina Editore.
- STEINHAUSEN, H.C., & SEIDEL, R. (1992). A prospective follow-up study in early-onset eating disorder. In W. Herzog, H.C. Deter, & W. Vanderycken, *The course of eating disorder* (pp. 108-117). Berlin: Springer-Verlag.
- STURZENBERGER, S., CANTWEL, D.P., BURROUGHS, J., SALKIN, B., GREEN, J.K. (1977). A follow-up study of adolescent psychiatric inpatients with anorexia nervosa: The assesment of outcome. *Journal of th American Academy of Child Psychiatry*, 16, 703-715.
- TOLSTRUP, K., BRINCH, M., ISAGER, T., NIELSEN, S., NYSTRUP, J., SEVERIN, B., & OLESEN, N.S. (1985). Long-term outcome of 151 cases of anorexia nervosa: The Copenhagen anorexia nervosa follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 380-387.
- WALFORD, G., MC CUNE, M. (1991). Long-term outcome in early-onset anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 383-389.
- WARREN, W. (1968). A study of anorexia nervosa in young girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9, 27-40.
- WATZLAVICK, P., BEAVIN, J.H., & JACKSON, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.