

TERAPIA FAMILIAR Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Maurizio Viaro

Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano

Via Trieste 14. 35121 - Padova (ITALIA)

In this article different systemic approaches with the families of anorexic and bulimic patients developed by Mara Selvini Palazzoli and her team in Milan during several years are described. To cope with special cases, the author suggests an individual treatment of anorexia nervosa.

Key words: Milan team, anorexia, bulimia, paradox, prescription, eclecticism, family therapy, individual therapy.

El presente artículo se propone describir el enfoque familiar con pacientes anoréxicas/bulímicas, desarrollado a través de los años por Mara Selvini Palazzoli y sus colaboradores en el centro de Milán. Durante estos años, distintos equipos han colaborado con Mara Palazzoli Selvini en el trabajo con pacientes con trastornos alimentarios. El presente artículo se refiere al trabajo del grupo compuesto por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata por lo que respecta a los métodos paradójicos; al grupo compuesto por Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata respecto al método prescriptivo; y finalmente al grupo actual, compuesto por Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Annamaria Sorrentino además de la propia Mara Selvini Palazzoli, por lo que respecta al método llamado “eclectico”.

La presente descripción, necesariamente sintética, será llevada a cabo desde la perspectiva de un observador externo no participante, y se basa en:

a) la observación y el análisis de videograbaciones de terapias familiares realizadas por el equipo del Centro de Milán; b) la lectura de las notas en las que el terapeuta que lleva las sesiones describe cuanto ha acontecido durante cada una de ellas; c) las publicaciones en las que se expone el modelo teórico de referencia del terapeuta (Selvini Palazzoli, 1978; Selvini Palazzoli *et al.*, 1978, 1988).

El método utilizado durante el análisis de las videograbaciones está inspirado en el método propuesto por los etnometodólogos de la conversación; uno de los requisitos metodológicos consiste en el hecho de que la producción del material

para analizar debe ser hecha independientemente del observador. La condición, por tanto, es que la interacción resulte “espontánea”, en el sentido de que no hay que producirla con el fin de ser analizada. Los instrumentos conceptuales utilizados prescinden, por lo tanto, de categorías clínicas, en cuanto proceden de teorías de tipo lingüístico y conversacional, más en concreto, de la Lógica Conversacional de Grice (1975), el análisis de la conversación de Sacks, Schegloff y Jefferson (1973, 1974, 1977, 1980); la teoría de los Actos lingüísticos de Austin (1962) y Searle (1969) y, en menor medida, del Análisis del Contexto de Goffman (1974). La teoría de referencia del terapeuta hay que considerarla sólo para explicar el comportamiento, prescindiendo del problema de su validez. Este análisis fue realizado en colaboración con el profesor Leonardi, filósofo del lenguaje y, más recientemente con el profesor Bercelli, experto en microsociología de la interacción (Leonardi y Viaro, 1990; Bercelli, Leonardi y Viaro, 1998 en prensa).

De esta manera se han observado unas 400 sesiones, de las que 40 han sido integralmente transcritas para un análisis detallado de la secuencia verbal; de las demás se han sacado transcripciones parciales.

La hipótesis que subyace a este análisis es que se puede describir este tipo de terapia como una conversación, es decir, como una ocasión social que tiene como fin principal el intercambio lingüístico, en cuanto a) todo lo que hacen los participantes es sentarse y hablar; b) durante el intercambio verbal se utilizan los mismos sistemas de reglas y convenciones que rigen para cualquier conversación común, con algunas limitaciones añadidas (que pueden explicitarse), y, para acabar porque c) durante la sesión incluso el comportamiento no verbal tiene como fin la producción lingüística (esto resulta fácil de comprobar por el hecho de que, observando la videograbación de una sesión al excluir el sonido, es posible reconocer que el tipo de actividad que se está desarrollando es una conversación).

Se trata, por lo tanto, de un análisis fenomenológico-descriptivo y cualitativo, cuya validez está vinculada al hecho de que se pueda traducir en una serie de instrucciones, que le permitan idealmente a un terapeuta reproducir secuencias conversacionales análogas. Este análisis está abierto también a controles cuantitativos (Viaro, Leonardi y Sbatella, 1984; Viaro *et al.*, 1997).

Dado que los “hechos” en los que se basa deben cumplir el requisito de producirse en condiciones no controladas por el experimentador-analista y están constituidos esencialmente por las videograbaciones analizadas, la descripción de la sesión, derivada de la aplicación del método, resulta inevitablemente distinta de la dada por los terapeutas sobre su modo de llevar la terapia.

EVOLUCIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Desde la perspectiva aquí asumida, es posible dividir la evolución del trabajo desarrollado en el Centro de Milán con las familias con pacientes anoréxicas en tres periodos distintos: a) el periodo de los métodos llamados “paradójicos”; b) el

periodo del método llamado “prescriptivo”; c) la fase más reciente, ecléctica, a la que no se puede aplicar la metodología descrita, utiliza distintos tipos de procedimientos de intervención en paralelo: sesiones individuales, de pareja y familiares.

Los métodos “paradójicos”

Los aspectos esenciales de este método de trabajo con la familia se refieren por un lado a la organización del *setting* terapéutico, por el otro a la forma de llevar la sesión. La organización del *setting* terapéutico prevé la presencia de uno o dos terapeutas en sesión con la familia y uno o más supervisores detrás de un espejo unidireccional, que intercambian sus consultas con los terapeutas por lo menos antes de empezar y antes de la conclusión de cada sesión. Las sesiones son mensuales, hasta llegar a un máximo de diez. Tras la décima sesión, la terapia termina independientemente del resultado que se haya conseguido. Por otro lado, cada sesión (o toda la terapia) puede considerarse como una expansión de una terna de intervenciones conversacionales, donde al terapeuta le corresponden las intervenciones impares:

- 1) ¿Cuál es, según cada miembro de la familia, el problema de esta familia?
- 2) Respuesta
- 3) Este es, según nosotros, los expertos, el problema de esta familia.

La intervención 3 se realiza en la conclusión de la sesión, a condición de que la respuesta 2 se considere suficiente. Hasta que no se haya alcanzado este objetivo, la serie de preguntas/respuestas 1 y 2 se va repitiendo. En su conjunto, la serie de preguntas y respuestas ocupa la mayor parte de toda la sesión, llamada entrevista. La secuencia conversacional durante la entrevista se desarrolla, por tanto, produciendo una multiplicidad de puntos de vista distintos sobre el problema de la familia, o sobre temas relevantes respecto al problema, introducidos por el terapeuta. Éste, sin embargo, no expresa su propio “punto de vista de experto” hasta la conclusión de la sesión, después de consultarlo con los supervisores.

Todas los pares pregunta/respuesta que se efectúan durante la entrevista en cada sesión pueden considerarse preguntas y respuestas parciales de la pregunta principal. El terapeuta, sin embargo, no se limita a escuchar las respuestas de cada uno, sino que “guía” la respuesta de sus interlocutores, interviniendo constantemente con preguntas más específicas. En la pregunta principal se pide a cada miembro su punto de vista sobre el problema de la familia. La serie “típica” de preguntas sobre definición de un punto de vista puede imaginarse idealmente en base a las siguientes instrucciones:

Actúa de manera que cada uno defina su propio punto de vista sobre el tema en cuestión;

Haz que cada uno ilustre su punto de vista por medio de hechos: ejemplos sacados de la vida familiar (los episodios emblemáticos ilustrativos de lo que sucede “habitualmente”).

Rconstruye los detalles comportamentales de estos hechos con la ayuda de todos los otros familiares.

Asegúrate haber comprendido el sentido de cuanto se ha dicho (resumiendo lo que piensas que tu interlocutor quería decir y pidiéndole su confirmación o que rectificación).

Si la reconstrucción colectiva de los hechos pone de manifiesto elementos incoherentes con respecto a la definición inicial, pide mayores ajustes en esta definición.

En su conjunto, la secuencia busca favorecer la autocorrección (instrucción 5) por parte de los miembros de la familia.

Además el terapeuta:

A) Compara y diferencia las distintas posiciones con respecto a lo que se está hablando (hace preguntas comparativas).

B) Vuelve a plantear algunas preguntas de forma hipotética (por ej.: según usted, ¿Cómo habría reaccionado Fulano si Mengano hubiera hecho esto o lo otro?).

Para cada tipo de pregunta (preguntas respecto a hechos, a puntos de vista, etc.) se pueden explicitar una serie de contraseñas lingüísticas, que permitan decidir cuándo se está hablando sobre puntos de vista, o de hechos, y así sucesivamente.

Continuando con el análisis, cualquier pregunta correspondiente a cada uno de los tipos puede expandirse en una serie de subpreguntas, expresando los criterios que hay que seguir para decidir en qué medida la respuesta puede considerarse suficiente, y así sucesivamente. De este modo pueden suministrarse instrucciones muy detalladas, relativas incluso a la formulación lingüística de cada pregunta (Leonardo y Viaro, 1990).

Naturalmente puede pasar que el terapeuta no consiga obtener respuestas suficientes a una pregunta, o que, a lo largo de la entrevista no obtenga en conjunto informes suficientes para poder expresar su parecer en la conclusión.

En el primer caso, es decir, si el terapeuta no consigue obtener respuestas suficientes a las preguntas, puede hacer constar a los miembros de la familia que no están obligados a “decirlo todo”, sino que, al contrario, puede ser oportuno callar cosas que podrían herir a los demás. En el segundo caso, es decir, si al final de la entrevista no logra obtener informes suficientes para expresar su propio parecer como experto, el terapeuta puede evitar hacerlo y concluir la sesión sin ningún comentario; o, puede dar una prescripción que hay que seguir antes de la sesión siguiente con el fin de obtener informaciones ulteriores.

Respecto a la intervención que concluye la sesión, ésta está constituida, en la mayoría de los casos, por una definición del síntoma en términos positivos y altruistas o al menos socialmente aceptables: se define el síntoma como comportamiento coherente con el punto de vista de la paciente, subrayando los efectos positivos que tiene en el grupo o, más específicamente, en un miembro de la familia. Por otro lado, también la actitud de los familiares hacia el síntoma se define de la

misma manera. Por lo tanto los comportamientos de todos vuelven a ser definidos en positivo en cuanto se refieren a valores comunes a todo el grupo familiar (en esto consiste la llamada “regla de oro de la connotación positiva”).

Durante las terapias llevadas a cabo con este método, en casi todos los casos el comportamiento de rechazo de la comida recibe una definición de tipo altruista y positivo para la estabilidad del grupo familiar. Está claro que, las informaciones que se han recogido durante la sesión deben ser tales que hagan plausible una redefinición de este tipo.

El aspecto “paradójico” de estas intervenciones deriva del hecho de que éste va en contra de las expectativas de los familiares. Éstos suponen que el síntoma, por ser un hecho no deseable, procede de un error o de una culpa de alguien, y amenaza la imagen positiva del grupo familiar, y que, en consecuencia, esta persona tendría que modificar su propio comportamiento en cuanto no se adapta a los valores del grupo. A este modo de actuar del terapeuta corresponde un modelo teórico de referencia para la familia anoréxica como sistema de comunicación, que Mara Selvini Palazzoli y sus colaboradores delinearon de acuerdo con los siguientes puntos esenciales:

Los miembros de una familia con paciente anoréxica muestran típicamente una coherencia sustancial característica entre comportamiento verbal y no verbal;

Cada miembro de la familia con paciente anoréxica tiende a rechazar las definiciones que los demás miembros dan de sí mismo, del otro y de las relaciones mutuas;

Está prohibido asumir el liderazgo en primera persona según las reglas familiares, y están prohibidas las coaliciones manifiestas de dos miembros contra un tercer miembro;

Cada uno tiende a presentar su propio comportamiento como si lo empujaran razones altruistas (cualquier cosa se hace oficialmente para el bien del otro), rechazando todo tipo de culpa o reproche;

La motivación altruista esconde una relación de competición negada, de manera que resulte una “competición sacrificial”, es decir, una especie de competición en la que “gana” quien ha dado prueba de sacrificarse más por los demás. En esta caracterización de la familia anoréxica, el tema del altruismo constituye un elemento central: el altruismo esconde, sin embargo, una fuerte competitividad (aunque negada) y, de hecho, se traduce en una incapacidad de cooperación entre los cónyuges para solucionar el problema.

“El método prescriptivo”

Tras haber dejado los métodos de intervención paradójicos, Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata, a principios de los años '80, elaboraron un método de intervención basado en el uso sistemático de una misma serie de prescripciones, llamadas “invariables” en cuanto asignadas a todas las familias en terapia. Las

diferencias principales con respecto al método anterior pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

La conclusión de cada sesión está constituida por una prescripción preestablecida: cada sesión tiene una conclusión obligada.

La terapia prevé un desarrollo incluso obligado: quien observa una sesión puede comprender si se trata de una tercera o de una primera sesión, cosa imposible en el método anterior, donde las sesiones son todas esencialmente repeticiones de un mismo esquema.

El terapeuta es libre de expresar su propio punto de vista como experto, incluso durante la entrevista misma, no sólo en la parte de la conclusión.

Tras las dos primeras sesiones conjuntas, la terapia sigue adelante sólo con la pareja de los padres -pudiendo eventualmente la paciente pedir un tratamiento individual, pero que no puede realizarse en el centro.

Así pues, el plan general para la terapia, sesión por sesión, puede resumirse como sigue:

Primera sesión. A esta sesión se invita a un miembro de la familia extensa. La secuencia conversacional se desarrolla alrededor de los puntos de vista de los familiares sobre el problema propuesto, con un atención especial a las relaciones con la familia extensa, utilizando el miembro externo convocado como fuente principal. Al final, el equipo pide una segunda sesión para poder decidir sobre la adecuación de una terapia familiar, sin más comentarios.

Segunda sesión. En esta sesión se completa la panorámica de los puntos de vista de los familiares sobre el problema y la historia de la familia. Al final, se expresa sencillamente la indicación de terapia familiar, sin comentarios (en el supuesto de tal indicación). Para la sesión siguiente se convoca a los padres solos.

Tercera sesión. En ésta se pregunta a los padres sobre las reacciones de los demás frente a la falta de convocatoria de los hijos y de la paciente. Al final se nombran a los padres coterapeutas y se les asigna la primera prescripción. Esta prescripción se basa en la declaración de secreto, es decir, los padres deben declarar en familia que el contenido de la sesión es reservado. Además, a los padres se les asigna la tarea de tomar nota de las reacciones de todos a la declaración de secreto, así como día tras día, de cada pequeño detalle de la vida familiar, aun aparentemente inconexo o irrelevante, que parezca “distinto de lo normal”. Cada uno de los padres ha de tomar nota en cuanto a sus propias observaciones personales, sin hablar con el otro.

Cuarta sesión. La sesión se desarrolla alrededor de la lectura de los cuadernos de los padres, que se van comentando. Al final, el terapeuta propone otra lectura, relacionando sucesivamente entre ellos los acontecimientos del mes pasado, basándose en la comparación con otros casos tratados.

A partir de la cuarta sesión, hasta la séptima, la prescripción consiste en la tarea, asignada a los padres, de salir juntos de casa por un periodo de tiempo que va

aumentando progresivamente, sin decir a dónde van. Las sesiones siguen el mismo esquema: la entrevista está dedicada a la lectura y al comentario de los cuadernos, la conclusión consiste en una redefinición global y en la entrega de la siguiente prescripción.

Las sesiones que quedan, desde la séptima hasta la décima, se utilizan para repetir prescripciones que no han sido realizadas correctamente, para proponer otras, o para seguir adelante con un esquema no obligado.

Por lo que se refiere a la conducción de la sesión, las dos primeras sesiones no presentan ninguna particularidad con respecto a lo descrito anteriormente. En cambio, las sesiones sucesivas pueden describirse como producto de las siguientes diversas instrucciones para el terapeuta:

- Pide a cada uno de los padres la explicación detallada del mes pasado (los hechos) en base a la lectura de los cuadernillos; pide su evaluación personal (su punto de vista subjetivo en cuanto a los hechos). Compara y diferencia las perspectivas de los dos padres. Al final de la lectura de los cuadernillos consulta con el supervisor.

- Instrucciones para la discusión con los supervisores: Relaciona todos los comportamientos definidos como “insólitos” y ponlos en sucesión cronológica. Considera esta secuencia de hechos como una reacción a la prescripción (que es un comportamiento insólito prescrito a los padres). Formula una hipótesis sobre el funcionamiento de la familia basándote en la comparación con otros casos en los que se hayan observado sucesiones de reacciones semejantes. Expón esta hipótesis (el “punto de vista de los expertos”) a los padres y discute su plausibilidad a la luz de la historia de la vida familiar.

Desde el punto de vista conversacional, la mayor diferencia respecto a las modalidades de conducción precedente se refiere al desarrollo de la secuencia. En el transcurso de la entrevista, después de la discusión con los supervisores, aparecen secuencias que empiezan con la exposición del punto de vista de los expertos, basada en gran parte en su experiencia de manera que la primera intervención se halla constituida por una explicación. Esta explicación va seguida de la solicitud a los padres de expresar cada uno el propio punto de vista sobre el punto de vista expresado por el terapeuta. Tales secuencias se cierran con una reformulación, correcta y adaptada, todavía, del punto de vista de los expertos. La secuencia ya no tiende idealmente a promover una reformulación correctiva del punto de vista expresado por los familiares, sino del expresado por el terapeuta. Estas secuencias pueden indicarse con el nombre de “secuencias informativas” en cuanto el terapeuta las abre dando a la familia informaciones (más que pedir las) en base a la propia experiencia. Para el terapeuta el desarrollo de una secuencia informativa obedece a las siguientes instrucciones:

- Expón el punto de vista de los expertos en base a la propia experiencia.

- Pide a los padres que cada uno exprese su propio punto de vista sobre el punto

de vista de los expertos y subraya las diferencias.

Utiliza las informaciones obtenidas a fin de modificar y adaptar la hipótesis expresada (el punto de vista de los expertos).

Al final de la sesión pide a los padres si quieren continuar con la prescripción siguiente; en caso afirmativo, entrega la prescripción siguiente, formula unas previsiones sobre las posibles reacciones de los familiares, basadas en la hipótesis adelantada y discutida.

Con respecto al método anterior, el prescriptivo resulta mucho más codificado y estructurado; de cada sesión, quedan, además, a disposición no sólo la grabación de las sesiones y las notas del terapeuta, sino también los cuadernos de los padres, a menudo muy detallados. Este material -que personalmente considero extremadamente interesante- no ha sido publicado nunca. Ha sido, en cambio, publicado el modelo para la familia anoréxica elaborado utilizando este método de trabajo (Selvini Palazzoli *et al.*, 1978). Este modelo está basado mayormente en las reconstrucciones de la historia familiar efectuadas durante la sesión, y supone una sucesión de seis fases:

Una relación de pareja, desde el principio del matrimonio, marcada por un juego competitivo negado con un fondo de sacrificio. (Relación indicada como “momento de tablas de la pareja”).

Una implicación precoz de una hija en esta relación: la posible futura paciente nota desde la infancia la insatisfacción recíproca de los padres, subordinando sus exigencias a fin de convertirse en un elemento de gratificación vicariante representando las expectativas de los padres, de intachabilidad y de perfección. Aunque, en la mayoría de los casos, la futura paciente durante su infancia se coloca sobre todo al lado de la madre, considerada la más débil, no se pone declaradamente en contra del padre (habiendo a este propósito notables diferencias entre las historias de pacientes anoréxicas y bulímicas).

Durante la pre-adolescencia podría existir un acercamiento de la paciente del lado del padre: ambos comparten las mismas críticas con respecto a la madre. Las relaciones entre padre e hija se vuelven emotivamente muy intensas. En los casos de bulimia, esta relación podría asumir a menudo las características de la seducción sexual. (Fase indicada como “instigación”).

Inicio de la dieta como rechazo de la sumisión al control materno.

La paciente pide un apoyo al padre, el cual, por su parte, pasa por alto esta exigencia, por no entrar en lucha abierta con su mujer, y se pone ambiguamente al lado de su esposa (Fase indicada como “dar la espalda”).

Estabilización del síntoma. La paciente se encuentra aislada en el grupo familiar, en una posición al revés: si de pequeña no creaba ningún problema, ahora es la causa de todos los sufrimientos familiares. Los eventuales hermanos y hermanas, aunque anteriormente tuvieran algún problema, se convierten ahora en la consolación de los padres. Con la cronificación del problema, cada miembro de

la familia -no sólo la paciente- acaba por obtener algunas “ventajas secundarias” del mantenimiento del síntoma, o colabora involuntariamente a su conservación.

Como es obvio, este modelo tiene un valor heurístico, y se propone como marco de referencia general, que debe adaptarse a cada caso particular con la ayuda de los familiares. Su núcleo central se basa en el hecho de que la aparición del síntoma se explica, ante todo, a la luz de una larga historia de subordinaciones de las exigencias de la paciente frente a las solicitudes del grupo familiar, a la que sigue una falta de reconocimiento y de reciprocidad.

La protesta por esta falta de reciprocidad toma la forma de una exasperación caricaturesca del sacrificio en la anorexia, (rechazo de la comida, de la sexualidad, declaración de bienestar, hiperactividad, etc.) y en el polo contrario, en el caso de la bulimia, (enorme desperdicio de recursos alimentarios, sustraídos a los demás, conducta sexual promiscua) y todas las posibles variedades intermedias.

En base a este marco de referencia muy general se ha elaborado posteriormente también un método de intervención individual, elaborado por el autor de este artículo, aplicado inicialmente en aquellos casos de pacientes crónicas en los que no era posible una implicación familiar. Las características de este tipo de intervención individual se exponen en el apartado posterior.

El método ecléctico

El método de trabajo actual del equipo del centro está marcado por el eclecticismo y puede considerarse el resultado de todas las experiencias anteriores, incluida la psicoanalítica, que aquí no hemos mencionado.

A causa de su mayor duración y complejidad es prácticamente imposible analizar terapias enteras utilizando el método del análisis conversacional. Sin embargo es posible señalar aquí algunos trazos muy generales de este método de trabajo que puede definirse como ecléctico:

La duración del tratamiento puede ser incluso de algunos años.

Las sesiones familiares conjuntas se alternan con sesiones con subsistemas (subgrupo de los hermanos, padres, individuales, etc.). La sesión individual conjunta ya no constituye el marco privilegiado de trabajo.

El plan de tratamiento se basa ampliamente sobre el diagnóstico de estructura de personalidad de la paciente.

El tratamiento individual de la paciente se convierte en parte esencial de la terapia y viene llevado a cabo preferentemente por miembros del equipo terapéutico del Centro.

TERAPIA INDIVIDUAL CON PACIENTES CRÓNICAS

En esta último apartado, voy a exponer algunos aspectos del método de intervención con pacientes anoréxicas crónicas, elaborado por mí con la colaboración de Mara Selvini Palazzoli, durante la segunda mitad de los años 80 (Selvini

Palazzoli y Viaro, 1988; Viaro, 1990). Mi posición, con respecto a este caso, no es la del que describe un procedimiento elaborado por otros, sino la de quien expone un enfoque elaborado en primera persona.

Una premisa necesaria hace referencia al concepto de contexto, esencial para poder entender las consideraciones que se encuentran en la base de este enfoque. Bajo un punto de vista sistémico, cualquier intervención terapéutica, como cualquier conducta, adquiere un significado que depende también del contexto en el que se lleva a cabo. No resulta legítimo, bajo esta perspectiva, describir un procedimiento como si se desarrollase en el vacío, y como si sus resultados fuesen independientes de las circunstancias en las que se da el encuentro entre terapeuta y paciente. La discusión de este aspecto implica dos distintos niveles, referidos tanto a la inclusión de la intervención individual elaborada aquí propuesto en el seno de las actividades del Centro de Milán, como a la del propio Centro en el ámbito de un contexto más amplio.

Respecto a los motivos que nos han impulsado a elaborar este tipo de intervención en un centro donde, en aquellos tiempos, se ofrecían sólo tratamientos de terapia familiar, podemos decir que nacen de la necesidad de responder a demandas que presentaban los siguientes elementos en común: (a) en primer lugar, se trataba de pacientes que se dirigían a un centro de terapia familiar pero que pedían un tratamiento individual; (b) en segundo lugar, se trataba a menudo de casos en los que el tratamiento familiar no era posible al no estar los familiares disponibles; (c) para acabar, casi invariablemente, se trataba de pacientes crónicas, que llevaban años presentando los síntomas, con muchos fracasos terapéuticos a sus espaldas, y con un conocimiento de la literatura especializada, tanto psicoterapéutica como médica, a menudo sorprendente.

Estas pacientes se dirigían al Centro de Milán aparentemente atraídas por la fama de la doctora Selvini, sin fijarse demasiado en el tipo de tratamiento que podían recibir, ya fuera éste individual o familiar. Estas demandas tenían, sin embargo, incluido implícitamente un significado acusatorio hacia los padres: “me dirijo a un centro de terapia familiar porque el problema tiene que ver con la familia, pero quiero un tratamiento individual puesto que mi familia no está disponible”. De manera menos evidente estas exigencias contenían también una descalificación hacia el terapeuta: “busco una terapia individual, pero se la pido a un terapeuta especializado en el terapia familiar”.

Estas consideraciones aconsejaban, por un lado, buscar reducir al mínimo la posibilidad de que la paciente pudiera utilizar la terapia para acusar a los padres; por otro lado, para mantenerse coherente con el contexto, el terapeuta tenía que dar de sí mismo, como principal definición, la de experto en terapia familiar, no individual.

En cambio, por lo que se refiere al contexto más amplio, éste pedía un análisis distinto, que abarcara el ambiente profesional, y la relación entre demanda y oferta de terapia en los trastornos de la conducta alimentaria.

En aquella época, desde este punto de vista, la situación, se presentaba caracterizada por un notable aumento cuantitativo de demandas de tratamiento por un lado, y por una modificación cualitativa en la oferta de tratamiento, por el otro.

La esperanza de poder lograr éxitos rápidos y técnicas de intervención de fácil aplicación, que los terapeutas familiares habían legitimado con sus afirmaciones, resultaban decepcionantes. Al mismo tiempo, el incremento de la demanda de terapia específica para estos trastornos abría un mercado mucho más amplio, con la entrada de nuevos sujetos: al lado de distintos psicoterapeutas privados, o de los pequeños centros de carácter artesanal, empezaron a surgir unidades de tratamiento ambulatorio y centros especializados vinculados al mundo de la medicina y de la psiquiatría académica. Planteadas con una fuerte valoración del componente médico-biológico a nivel de imagen, estas nuevas estructuras ofrecían tratamientos eclécticos, que casi siempre incluían también intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares o de grupo.

En resumen, se trataba de un mismo centro que ofrecía tanto la asistencia médico internística como la psicoterapéutica, individual, familiar o de grupo, mientras la orientación anterior consistía en mantener del todo separados los distintos tipos de intervenciones. Al mismo tiempo, se dirigían fuertes críticas hacia el mundo de la psicoterapia en general, y al de la terapia familiar en particular.

A diferencia del pasado, el encuentro entre los distintos enfoques tenía como escenario, no sólo los encuentros y las revistas especializadas, sino también los mass-media (libros de divulgación, periódicos, revistas para la mujer, transmisiones televisivas y radiofónicas). Familias y pacientes anoréxicas no tenían por qué continuar, como antes, sometándose a traslados o búsquedas sin fin, a investigaciones para encontrar los escasos centros especializados, sino que venían halagadas y aduladas.

Las pacientes crónicas que pedían una terapia estaban por lo general enteradas de las publicaciones en el sector y de las distintas ofertas de tratamiento: por lo general habían leído varios libros (incluidos los publicados por los terapeutas del Centro de Milán); habían consultado a muchos especialistas entre los más famosos (recibiendo a menudo opiniones distintas entre sí). Parecía, por lo tanto, necesario plantear la relación con la paciente teniendo en cuenta todas estas informaciones, socialmente disponibles.

Para acabar, había que tomar muy en cuenta el hecho de que las pacientes anoréxicas crónicas normalmente no están motivadas hacia ningún tipo de tratamiento psicoterapéutico, y que consultan a muchos especialistas o empiezan distintos tratamientos, de los que habitualmente se desilusionan con gran rapidez, y que abandonan muy precozmente.

Desde esta perspectiva la elaboración de un esquema, en líneas principales, para un enfoque inicial adquiere, por lo tanto, una importancia crucial. El enfoque elaborado prevé dos sesiones preliminares, al inicio del tratamiento, cuya finalidad

es el establecimiento de un contrato. Considero útil exponer en detalle la organización de estas dos sesiones.

Primer encuentro. La primera sesión consiste en una recogida de informaciones sobre la familia: en este sentido, la paciente viene considerada como una fuente de información sobre la familia. Se sigue, por tanto, el mismo esquema de recogida de informaciones preliminares, que se adopta para los casos de terapia familiar. Estas informaciones abarcan cuatro áreas temáticas: análisis de la demanda; informaciones sobre la familia nuclear y extensa; informaciones sobre cada uno de los miembros de la familia; descripción de los síntomas y análisis de los efectos pragmáticos de los síntomas. Las modalidades de desarrollo de esta primera sesión se definen en términos conversacionales.

En la **segunda sesión**, tras haber eventualmente completado la recogida de informaciones en caso necesario, el terapeuta expresa su propio parecer y da las indicaciones.

En primer lugar, el terapeuta da su opinión diagnóstica. Como es natural, todas estas pacientes han tenido ya un diagnóstico - el problema consiste sin embargo en el hecho de que, por lo general, una paciente crónica, ha tenido varios diagnósticos aparte el de anorexia o bulimia. El terapeuta se pronuncia particularmente sobre este punto, es decir, manifiesta su acuerdo o no sobre el hecho de que el diagnóstico principal sea aquél para el que ha sido indicado el tratamiento. (El tratamiento está indicado para pacientes con diagnóstico de Anorexia, Bulimia con al menos un año de sintomatología anoréxica desde su exordio, o bien con un cuadro mixto de Anorexia y Bulimia de al menos cuatro años). Este tipo de enfoque se ha aplicado a 36 pacientes que han pedido un tratamiento individual: nueve de ellas han sido excluidas, por cuanto el diagnóstico principal no coincidía con los previstos; de los 27 casos restantes quince han aceptado el contrato, mientras que doce lo han rechazado. La duración media de los síntomas de las quince pacientes que han aceptado es de cerca de siete años, mientras que el de las doce restantes era de ocho.

En segundo lugar, el terapeuta da un juicio de prognosis a partir de algunos indicadores: la duración de los síntomas; la presencia de otros trastornos diagnosticados, concomitantes o precedentes al diagnóstico de anorexia; el peso mínimo al que se ha llegado; el número y tipo de tratamientos anteriores fracasados. El elemento considerado más indicador de una tendencia negativa es la cronicidad.

Se informa, por lo tanto, a la paciente que a): cuando existen las condiciones de cronicidad, el pronóstico relativo a la posibilidad de una resolución completa o de una mejoría substancial de los síntomas es negativo; se indican en cambio tratamientos que no tienen como objetivo la remisión de los síntomas, sino la reducción del malestar y las secuelas físicas: tratamientos de soporte en el plano psicológico y controles médicos. El Centro, sin embargo, no ofrece este tipo de tratamientos; b) No se descarta, con todo, aunque se considera poco probable, la posibilidad de un cambio radical: se han documentado, en efecto, casos de completa

mejoría de pacientes incluso tras muchos años, y el mismo terapeuta conoce a alguno de ellos personalmente. Aunque al parecer de autoridades famosas la psicoterapia se considera siempre indicada, hay que decir que no existen pruebas, basadas sobre estudios controlados, que demuestren que una psicoterapia -individual o familiar- sea capaz de modificar el curso de la enfermedad. Todo esto puede que suene como algo decepcionante, pero no significa en absoluto que no se pueda hacer nada, tanto desde el punto de vista médico como psicológico.

Estas informaciones deben darse con un tono que infunda seguridad, no para asustar, sino presentando la condición de cronicidad como una condición con la que se puede convivir. La perspectiva que se abre no es la de curar una enfermedad, sino la de disminuir el malestar psicológico y el daño físico de una condición, una vez aceptada. Tras haber dado estas informaciones, el terapeuta espera la respuesta y la reacción de la paciente. Esta reacción puede ser principalmente de dos tipos:

a) En algunos casos tras un primer momento de perplejidad o algunas preguntas, la paciente no muestra reacciones emotivas especiales. En algunas ocasiones la reacción es de alivio evidente: la paciente había pedido la terapia bajo la presión de terceras persona. En cualquier caso, el dato más significativo consiste en el hecho que la paciente ignora del todo la única información positiva contenida en el discurso del terapeuta, relativa a la posibilidad documentada de una curación, incluso en pacientes crónicas. Frente a este tipo de reacción, el terapeuta se declara dispuesto a interesarse personalmente en enviar a la paciente a un centro que ofrezca estos servicios.

b) En otros casos, en cambio, la paciente muestra una reacción de activación emotiva evidente, que puede ser de incredulidad, rabia o desesperación. A veces utiliza sus conocimientos para contestar lo que ha dicho el terapeuta, o para reafirmar la propia voluntad de cambio. Sobre todo, pone de relieve la mención que el terapeuta ha hecho de la posibilidad de un cambio substancial incluso en las formas crónicas.

Sólo en este caso, el terapeuta se declara dispuesto a una ayuda personal prolongada: si la paciente tiene la seguridad de poder intentar, aún tras muchos años, un cambio radical, el terapeuta no le niega su ayuda, sino que la invita a que reflexione mucho, y precisa los límites de la ayuda que puede ofrecerle. En primer lugar, la paciente debe saber que el terapeuta supone que la causa de su condición estriba esencialmente en una situación de trastorno profundo de sus relaciones familiares y que éstas son las únicas relaciones realmente importantes.

Este convencimiento del terapeuta se basa en su experiencia personal, con la que muchos están de acuerdo, pero es relativamente arbitraria, en el sentido de que otros muchos expertos no están de acuerdo con esta opinión. Sería sin embargo inútil empezar la terapia con una paciente que no estuviese de acuerdo con estos supuestos: el objetivo del trabajo del terapeuta es efectivamente sólo ayudarla a mejorar su posición en el seno de la familia, en cuyo caso podría suceder que la paciente decida

que tiene que modificar su conducta alimentaria: pero esta sería si acaso una elección suya. Si esto acaece, puede pasar que la paciente decida que tiene que modificar su conducta en cuanto a la alimentación: esta elección será si acaso del todo suya. El terapeuta no se interesará, por tanto, de sus problemas alimentarios, ni de los aspectos médicos a que hubiera lugar que deberán correr a cargo de la paciente.

En segundo lugar, la paciente debe saber que la única ayuda que el terapeuta puede ofrecerle consiste en poner a su disposición su propia experiencia de trabajo con familias parecidas a la suya, y hablarlo con ella. En el momento, sin embargo, de llevar a la práctica cuanto se ha hablado, ella se las tendrá que apañar sola. El terapeuta está dispuesto a hablar con los familiares si lo desean, pero en cualquier caso queda excluida una intervención con ellos a favor de la paciente: esto sería legítimo en una terapia familiar, pero no en un tratamiento individual, que se apoya sólo en los recursos de la paciente.

Al final, el terapeuta invita a la paciente a reflexionar durante por un tiempo no inferior a tres semanas y, volver a llamar por teléfono si considera oportuno empezar el tratamiento. Si la paciente afirma estar segura de querer empezar de inmediato, el terapeuta le advierte que no se debe fiar de la impresión del momento. Sólo en el caso de que, tras algunas semanas, esté todavía de acuerdo, vuelve a llamar. En caso contrario, si nota alguna duda con respecto a la idea de volver a establecer contacto, es mejor que se fíe de esta impresión y que no lo haga.

Por lo que se refiere a las características más sobresalientes del tratamiento, señalamos aquí sólo los principios en que se inspira.

Estos principios pueden resumirse en los siguientes puntos:

En primer lugar, el acuerdo con la paciente debe tener prioridad sobre la validez de la teoría del terapeuta, cuya relativa arbitrariedad el terapeuta reconoce abiertamente.

En segundo lugar, el objetivo primario sobre el que hay que estar de acuerdo consiste en la modificación de la posición de la paciente en el seno del grupo familiar.

Finalmente, el trabajo del terapeuta consiste en poner a disposición de la paciente la propia experiencia como terapeuta familiar. La paciente debe comprometerse a modificar su conducta para comprobar hasta qué punto su propia visión de las relaciones familiares permite hacer previsiones ajustadas sobre las reacciones de los demás.

Por lo que se refiere a los aspectos técnicos de cómo hay que llevar la sesión, pueden resumirse como sigue:

Las sesiones se llevan a cabo semanalmente.

La mayor parte de cada sesión lo ocupa el resumen detallado de todo lo que ha ocurrido en la familia durante la semana (los hechos concretos, la crónica de la semana); pedir de esta crónica corresponde de alguna manera a la regla fundamental de la asociación libre en psicoanálisis.

En el transcurso o final de esta reconstrucción, se le pide a la paciente que dé su parecer sobre los motivos, los sentimientos, las intenciones subyacentes a la conducta de los otros miembros de la familia entre sí y con respecto a ella.

En base a su propia experiencia y sobre su propio modelo de referencia, el terapeuta propone (no de forma obligatoria, ni siempre) una interpretación distinta de la de la paciente, relativa a la conducta y a las relaciones de los otros entre sí y con respecto a la paciente.

Las hipótesis del terapeuta se discuten con el fin de ver de qué manera la paciente podría modificar su propio comportamiento con el objeto de controlar cuál, de entre las hipótesis, la propia y la del terapeuta, permite hacer previsiones más fiables. La lógica de la intervención del terapeuta es de este tipo: si tu hipótesis es preferible a la mía y si modificas tu conducta en este sentido, entonces, deberías observar éstas y las otras reacciones; en caso contrario, deberías observar éstas y estas otras reacciones.

El tratamiento puede continuar si y mientras la paciente modifica el propio comportamiento interpersonal en los intervalos entre sesiones y el terapeuta se halla en condiciones de ofrecer interpretaciones alternativas a las de la paciente, relativas a las reacciones de los demás miembros de la familia. El modelo de referencia es el familiar-relacional y se da la máxima importancia a la coherencia con el contrato inicial.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Desde un punto de vista sistémico, el modo de definir un problema y las soluciones que se han intentado se consideran parte del mismo problema. Diversas son las definiciones que se han propuesto respecto a la anorexia mental: enfermedad de la hipófisis, variedad de la depresión, trastorno psicótico monosintomático, trastorno de la comunicación intrafamiliar, problema relacional-familiar, trastorno psicossomático; más recientemente ha sido propuesta la consideración de la anorexia y la bulimia como trastorno étnico, ligado particularmente a la cultura occidental (Gordon, 1990). Para cada una de estas concepciones se han propuesto los tratamientos correspondientes. Cada nuevo tratamiento ha suscitado expectativas que posteriormente en gran parte han resultado decepcionantes. Mientras tanto, la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario ha ido aumentando progresivamente.

Si se supone que las expectativas influyen en el comportamiento, se puede aplicar este principio también a la psicoterapia: por ejemplo, una intervención paradójica deja de ser tal y de producir su efecto si la familia espera precisamente intervenciones inusuales o extravagantes. Una prescripción, por ejemplo, la prescripción de las salidas secretas no tiene el mismo efecto si la familia ya se espera que venga prescrito a los padres que salgan de incógnito, y así sucesivamente. La divulgación de la psicología acentúa este fenómeno.

Si durante un tiempo la familia y la terapia familiar han sido consideradas respectivamente el factor causal y el objetivo del tratamiento principales, hoy predomina una tendencia ecléctica, que valora mucho más los componentes individuales y redefine la importancia de las relaciones familiares. La evolución de los métodos de intervención de Mara Selvini Palazzoli y de sus colaboradores refleja este mismo cambio.

El artículo repasa los distintos enfoques de terapia familiar sistémica que Mara Selvini Palazzoli y su equipo de Milán han ido siguiendo en el tratamiento de la anorexia y bulimia a lo largo del tiempo. El autor sugiere igualmente la conveniencia de la terapia individual para algunos casos de anorexia que presentan características especiales.

Palabras clave: *Equipo de Milán, anorexia, bulimia, paradoja, prescripción, eclecticismo, terapia familiar, terapia individual.*

Referencias bibliográficas:

- AUSTIN, J. (1962). *How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press..
- BERCELLI, F., LEONARDI, P., & VIARO, M. (1998, en prensa). *Forme di conversazione in psicoterapia. Applicazioni cliniche di analisi della conversazione*. Milano: Cortina.
- GOFFMAN, E. (1974). *Frame Analysis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- GORDON, R., A. (1990). *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Basic Blackwell Ltd.
- GRICE, P.H. (1975). Logic and conversation 2. In P. Cole & J.P. Morgan (Comps.), *Syntax and semantics. Speech acts* (pp. 41-58). New York: Academic Press. Reinpreso en: GRICE, H. P (1989). *In the ways of words*. Cambridge, Ma: Harvard UP, (pp. 22-40).
- LEONARDI, P., & VIARO, M. (1990). *Conversazione e terapia*. Milano: Cortina.
- SACKS, H., SCHEGLOFF E., & JEFFERSON, G. (1974). A symplest systematics for turn taking. *Language, L*, 696-735.
- SCHEGLOFF, E., & SACKS, H. (1973). Opening up closings. *Semiotica, VIII*, 289-327
- SCHEGLOFF E., SACKS, H., & JEFFERSON, G. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language, LIII*, 361-82.
- SCHEGLOFF, E. (1980). Preliminaries to premininaries: "Can I ask you a question?". *Sociological Inquiry, L*, 104-52.
- SEARLE, J. (1969). *Speech Acts*. Cambridge: Cambridge University Press
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- SELVINI PALAZZOLI, M., & VIARO, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stages model as a guide for individual therapy. *Family Process, 27*, 129-148.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., & SORRENTINO, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina.

- VIARO, M., & LEONARDI, P. (1983). Getting and giving information: Analysis of a family-interview strategy. *Family Process*, 22 (1), 27-42.
- VIARO, M., LEONARDI, P., & SBATTELLA, F. (1984). Opposition und Obstruktionismus in der ersten Familiensitzung. *Familiendynamik*, 3/84, 254-277.
- VIARO, M., & LEONARDI, P. (1986). The evolution of the interview technique: A comparison between former and present strategy. *Journal of strategic and systemic therapies*, 5 (1-2), 14-30.
- VIARO, M. (1988). *Circular interviewing: rules and strategy*. Seminar run at the Clarke Institute of Psychiatry, Toronto, June 1988.
- VIARO, M. (1990). Session-Intersession Sequences in the Treatment of Chronic Anorectic-Bulimic Patients: Following the Model of "Family Games". *Family Process*, 29, 289-296.
- VIARO, M., PONTALTI, C., CALIBBI, G., CAPISANI, C., LOVALLO, M.T., MAGNABOSCO, R., & MARCHIORI, M. (1997). *What happened in the family when the schizophrenic patient improved? Case study*. Seminar run at the III European Congress of Family Therapy, Barcelona, 1997.