

Terapia familiar psicodinámica de la anorexia nerviosa*

GÜNTER REICH¹, A. ANTJE VON BOETTICHER^{2, A} Y MANFRED CIERPKA³

RESUMEN

La anorexia nerviosa es un grave trastorno psicósomático, aunque muchas veces está íntimamente enlazado con las relaciones familiares. En algunos casos, también se produce en un contexto multifactorial, diferenciando cuatro niveles de desarrollo de la patología: el nivel biológico (neurofisiológico), el social, el familiar y el individual (psíquico). La dinámica familiar de la patología suele tener un elevado impacto en la relación terapéutica y en la dinámica de transferencia y contratransferencia. A continuación, se presentan la experiencia clínica y algunos resultados de estudios efectuados en las dinámicas familiares de la anorexia, así como también los pasos de su tratamiento. También se hablará sobre la indicación de las sesiones de terapia familiar y su ajuste al caso concreto. PALABRAS CLAVE: anorexia nerviosa, dinámica familiar, especificidad, terapia familiar.

ABSTRACT

PSYCHODYNAMIC FAMILY THERAPY FOR ANOREXIA NERVOSA. Anorexia nervosa is a severe psychosomatic disorder, but one that is often deeply interwoven with family interactions. In some cases it also appears in a multigenerational context. Four levels of development of the illness must be differentiated: the biological (neurophysiological), social, family and the individual (psychic) levels. The family dynamics involved with this illness often have a high degree of impact on the therapeutic relationship and the dynamic of transference and countertransference. Clinical experiences and some research results on the family dynamics of anorexia are presented, as well as the steps for treatment. Questions of indications for family therapy sessions and their setting will also be discussed. KEY WORDS: anorexia nervosa, family dynamics, specificity, family therapy.

RESUM

TERÀPIA FAMILIAR PSICODINÀMICA DE L'ANORÈXIA NERVIOSA. L'anorèxia nerviosa és un greu trastorn psicósomàtic, tot i que moltes vegades està íntimament enllaçat amb les relacions familiars. En alguns casos també es produeix en un context multifactorial, i es diferencien quatre nivells de desenvolupament de la malaltia: el nivell biològic (neurofisiològic), el social, el familiar i l'individual (psíquic). La dinàmica familiar de la malaltia sovint té un elevat impacte en la relació terapèutica i en la dinàmica de transferència i contratransferència. Seguidament es presenten l'experiència clínica i alguns resultats d'estudis efectuats en les dinàmiques familiars de l'anorèxia, així com també els passos del tractament. També es parlarà sobre la indicació de les sessions de teràpia familiar i de l'ajustament al cas concret. PARAULES CLAU: anorèxia nerviosa, dinàmica familiar, especificitat, teràpia familiar.

Desarrollo actual en terapia familiar de la anorexia nerviosa

Hay una larga tradición de asociación entre la anorexia nerviosa con las interacciones y las circunstancias

familiares, sobre todo con problemas de separación e individuación en la adolescencia. Cualquier técnica de terapia familiar, tanto psicodinámica, como estructural o sistémica, tiene, de alguna manera, su origen en el conflicto por superar esta patología crónica y, en muchos

*Comunicación presentada en el Congreso de la EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy), en Berlín, entre el 26-28 de Junio de 2015.

¹Profesor y doctor en Psicología. Psicoterapeuta. ²Psicóloga. ³Psiquiatra, psicoanalista y terapeuta familiar del Instituto de Investigación Cooperativa, Psicósomática y Terapia Familiar, Clínica Universitaria de Heidelberg (Alemania).

^ADepartamento de Medicina Psicósomática y Psicoterapia de la Clínica Universitaria para la Terapia Familiar y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Universidad de Göttingen (Alemania).

Correspondencia: greich@gwdg.de

Recibido: 29/10/2015 - Aceptado: 11/3/2016

casos, mortal, y en la comprensión de sus mecanismos (Cierpka y Reich, 2010).

Las técnicas de terapia familiar contemporáneas prefieren un enfoque en las repercusiones de la anorexia nerviosa en los padres y en los hermanos. En gran parte, intentan entrenarlos en cómo hacer frente a la conducta alimentaria y a los aspectos del paciente relacionados con ésta. Intentan evitar explorar la posible participación de las relaciones familiares en el origen y el mantenimiento de la patología, entre otras causas para no acusar a los padres de ser los causantes de ésta y generar en ellos sentimientos de culpabilidad (Lock et al., 2013; Reich, 2015).

Esta aproximación contrasta no sólo con la psicodinámica, que hipotetiza sobre la posibilidad de que los casos precoces y en la adolescencia en situaciones con fuertes vínculos tienen un elevado impacto en el desarrollo psíquico de las personas. También hay una serie de descubrimientos que muestran una indiscutible influencia de los factores familiares en el desarrollo de los trastornos de la alimentación, como una estrecha relación entre actitudes inadecuadas respecto a la alimentación de los padres, una fuerte preocupación en las dietas y en estar delgada y las correspondientes conductas y trastornos alimentarios de los niños, así como una percepción de la imagen corporal negativa, sobre todo en niñas (Cierpka y Reich, 2010; Field et al., 2008; Kluck, 2010; Quiles Marcos et al., 2013; Neumark-Sztainer et al., 2010; Reich, 2015).

En efecto, la acusación o el juicio de la actitud de los padres de los niños y adolescentes con un trastorno de la alimentación, en muchos casos, no es útil para construir una alianza terapéutica y mantener a los padres en un proceso terapéutico, ya sea individual o familiar. La visión multigeneracional de los procesos familiares (que incluye, al menos, una exploración de tres generaciones por su relevancia y el mantenimiento de trastornos psíquicos graves) puede permitirnos ver los aspectos del desarrollo y las necesidades de los padres, con sus circunstancias históricas y sociales, así como evitar juzgarlos, para poder explorarlos.

La especificidad

La discusión sobre las dinámicas familiares y la terapia familiar de patologías específicas también trata la cuestión de la especificidad respecto a la no especificidad. De hecho, el patrón de relaciones o de interacción

familiar no específico tiene un claro impacto en el desarrollo de la patología y actúa como causa directa de determinados síntomas.

Los niveles biológicos, individuales, familiares y sociales de las patologías psicósomáticas como la anorexia funcionan por sí mismos de acuerdo con sus propios mecanismos. Se influyen entre ellos, pero siguen sus regularidades específicas. Así pues, cada nivel del sistema involucrado en el proceso anoréxico hay que estudiarlo en su propia globalidad. Por ejemplo, la influencia de los medios de comunicación y de los grupos de iguales, que contribuyen a la insatisfacción con el propio cuerpo, es sólo parcial, si es que lo es de alguna manera, bajo el control de la familia o del individuo. A nivel neurobiológico, la anorexia se caracteriza por una serie de diferencias estructurales y funcionales en comparación con los controles sanos, algunos de los cuales persisten después de la recuperación del peso, como la reducción de la materia gris, pero no del volumen de la blanca. La pérdida de volumen de la materia gris corresponde a áreas implicadas en la regulación de las emociones. El déficit de dopamina (importante en la conducta alimentaria, la motivación y las conductas de refuerzo y recompensa) y de serotonina (importante, por ejemplo, en la regulación de las conductas obsesivas, la ansiedad y el control de impulsos) también se ha observado. Los niveles bajos de leptina podrían ser los responsables de la hiperactividad compulsiva (Elbrug y Treasure, 2013; Phillipou et al., 2014). La inanición y la catexia reducen los efectos potenciales de las intervenciones psicoterapéuticas, que sólo podrían actuar de manera incompleta, y que sólo pueden ser parciales y muy indirectamente influenciadas por los cambios en las interacciones familiares. Los psicoterapeutas de orientación psicodinámica pueden tender a subestimar las consecuencias de los efectos neurobiológicos.

El Modelo Familiar en las Patologías Psicósomáticas

El tipo de familia más influyente para la anorexia es el *modelo familiar de las patologías psicósomáticas*, creado por Minuchin y colaboradores (1978). En contra de los rumores que sugieren lo contrario, el grupo nunca contempla factores familiares, como la evitación de conflictos, la sobreprotección y la rigidez como la “causa” de la anorexia. Tanto las características de la anorexia y de las interacciones familiares como proceso co-evolutivo tienen que ser tratadas en las intervenciones de

terapia familiar. El modelo ha inspirado muchos estudios empíricos sobre la interacción familiar. Al menos, parte de éstos tienen que ser validados por subgrupos de pacientes con trastornos de la alimentación y sus familias (por ejemplo, Kog y Vandereycken, 1989).

Aunque no son aplicables de forma global para todas las familias de pacientes anoréxicos, las características descritas pueden encontrarse, al menos parcialmente, en la práctica clínica. En su posterior elaboración del modelo de Minuchin, Beatrice y colaboradores describían mecanismos de retroalimentación entre interacciones disfuncionales y la vulnerabilidad de los niños de sufrir de asma, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn (Wood et al., 2000). Toman la “reactividad bioconductual” como un enlace entre procesos biológicos y psicológicos en el modelo familiar bioconductual (Wood et al., 2008).

Relaciones familiares y la *familia interior*

La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto ofrece un concepto satisfactorio a la hora de entender el desarrollo de los procesos interactivos entre los individuos y la familia. La identificación de procesos mediante la formulación psicosocial del compromiso en la familia determina lo que el sujeto internaliza como la *familia interior* (Cierpka et al., 1998, pág. 321). Los niños asimilan el concepto de familia en general y la específica en su origen de manera gradual a lo largo del tiempo. Durante su desarrollo, los niños intervienen en la evolución del sistema familiar creando cambios en sus padres, que tienen que adaptarse a nuevas tareas y asumir nuevos roles más adecuados. Este rol de inducción de relaciones de los niños significa que éstos no sólo se identifican con las funciones y los procesos de la familia, sino que contribuyen en el desarrollo de estas funciones. Los niños han ayudado a crear los modelos de interacción, identificación e internalización como representantes familiares (Cierpka et al., 1998, pág. 322).

A continuación, se habla de los procesos de identificación y se muestra la co-evolución de los factores individuales, familiares y sociales en la etiopatogénesis de los trastornos alimentarios. Se hace especial énfasis en la visión longitudinal del desarrollo de estos trastornos. En el continuo de los factores causales, la familia tiene un rol muy importante, pero no es el único. Además de los factores hereditarios, como el temperamento y la

afectividad (Van Elburg y Treasure, 2013), los factores sociales, como el ideal de delgadez y los aspectos del rol del género femenino (que tienen un riesgo abrumadoramente más alto), los factores de desarrollo, especialmente las transiciones a la adolescencia y a la edad adulta, y el mismo refuerzo de conductas alimentarias disfuncionales con sus propias implicaciones neurobiológicas también tienen un papel importante (Cierpka et al., 1998).

El desarrollo adolescente

Las tareas en el desarrollo de la adolescencia requieren una reorganización en los individuos, no sólo del adolescente en sí mismo, sino también de los hermanos y de los padres, y del conjunto familiar en su totalidad. Para los adolescentes es una fase crucial en su desarrollo personal, de género y de su identidad sexual, y para la integración de sus expectativas en los roles familiares y culturales. El cuerpo y la apariencia externa cambian, a menudo de manera espectacular, en las chicas, con un elevado incremento de células adiposas. La admiración hacia el propio cuerpo suele disminuir o fluctuar considerablemente (Cierpka et al., 1998, pág. 322). La comparación con los estándares sociales, tanto los imaginarios como los reales, representados por los medios de comunicación y por los compañeros, se intensifica. El esquema cultural de estar delgado, asociando este hecho con el atractivo, el éxito social y profesional y, por tanto, con la propia autoestima, resulta muy importante. El riesgo de sufrir un trastorno alimentario aumenta a medida que aumenta la relación de la autoestima con el esquema de delgadez. Las interacciones familiares dan forma a la manera como el esquema de delgadez es integrado e internalizado y a como se experimentan y se gestionan los conflictos de autoestima (Cierpka et al., 1998, pág. 322).

Influencias familiares en el desarrollo de los trastornos de alimentación

Los trastornos de alimentación suelen estar entretelados con los procesos familiares disfuncionales (Cierpka y Reich, 2010; Holton-Vissel y Allan, 2015; Reich, 2003a, 2003b; Reich, 2015; Tetley et al., 2014). Hay diferentes vías de influencia, que comentamos a continuación.

Ya se ha señalado la relación entre actitudes parentales irregulares respecto la comida, una preocupación por la delgadez y las dietas, y las conductas respecto las ingestas y la dieta (“familias centradas en la apariencia”) y la conducta correspondiente en el trastorno alimentario. De esta manera, la familia tiene un impacto directo en las conductas y comportamientos alimentarios patológicos.

Hay evidencias empíricas que hablan del vínculo entre las dificultades de individualización-separación y los trastornos alimentarios (Cella et al., 2014; Cierpka y Reich, 2010; Reich, 2015).

Parece que las personas anoréxicas tienen vínculos muy fuertes con su familia de origen. “En familias con vínculos interpersonales e intergeneracionales permeables y un elevado grado de control interpersonal, ambos factores también están relacionados con manifestaciones en la conducta alimentaria y en forma de rituales alimentarios. A menudo, los vínculos entre estas familias y el mundo externo son muy cerrados. Estas familias no dan suficiente soporte a los adolescentes para que adquieran más autonomía, y la alimentación se convierte en un secreto o una batalla abierta para conseguirla” (Cierpka et al. 1998, pág. 323).

En los sistemas familiares donde las necesidades básicas de afectividad, de consolación y de reconocimiento y de apoyo emocional no están cubiertas, éstas son evitadas. Tienden a manifestarse en forma de estados más disfóricos, que el individuo tiene dificultad de diferenciar y de manejar en sus diferentes formas. La ingesta o el rechazo del alimento puede convertirse en el principal mecanismo para la regulación de los afectos. En familias de anoréxicas “clásicas”, la expresión del afecto suele combinarse con intentos de control y de negación de sus diferentes necesidades.

Los sistemas con vínculos intrafamiliares permeables y vínculos cerrados entre la familia y el entorno y un elevado control interpersonal parece que tiendan más a promover la evitación de los daños y una elevada dependencia de la recompensa, tal y como Strober (1991) describe para las anoréxicas. La protección y el control de los vínculos entre el individuo y los otros y de la autoestima son desplazados a la ingesta de comida y a la delgadez, ambos visibles dentro y fuera del ámbito familiar, y que conducen a la anorexia nerviosa (Cierpka et al., 1998; Reich, 2003b).

Además, el auto-refuerzo de la interacción de los círculos viciosos de la anorexia también conduce a

círculos viciosos fisiológicos, que, al mismo tiempo, refuerzan los patrones de interacción intrapsíquicos desadaptativos. La inanición lleva a alteraciones en el equilibrio hormonal y a una bajada de los niveles de serotonina, aumentando las posibilidades de sufrir estados depresivos.

Aproximación a nuestra terapia familiar

En nuestro método de terapia familiar para el tratamiento de la anorexia nerviosa, se siguen tres etapas o estadios:

1. Estabilización del peso y de la ingesta, incluyendo los estadios progresivos de ganancia de peso. A partir de este plan, se establece la necesidad de tratamiento a nivel hospitalario o el seguimiento a nivel ambulatorio.
2. Trabajar en los aspectos relacionales de la familia, enfrentándonos a los conflictos familiares, mayoritariamente con los de separación-individuación, y en su posible resolución. En esta fase, también se exploran los aspectos multigeneracionales y el desarrollo individual de los padres en sus familias, así como en la misma pareja, intentando producir cambios en creencias preformadas muy interiorizadas, fantasías, sentimientos y patrones de interacción.
3. Una fase en la que los problemas de desarrollo personal y de los iguales, como aspectos sobre su sexualidad, la imagen corporal y las relaciones, acaban siendo el foco de atención de las sesiones de terapia individual y, a veces, para sesiones de pareja, para poder trabajar en los conflictos entre los padres sobre estos aspectos.

El caso de Julia: terapia familiar multigeneracional

Julia, una chica de 13 años, fue derivada a nuestro equipo por su terapeuta, que la trataba mediante terapia cognitivo-conductual (TCC) por presentar rituales compulsivos y ansiedad. Empezó a sufrir de anorexia con un índice de masa corporal (IMC) inferior a 14 (166 cm, 387 Kg).

Las dos primeras sesiones vino acompañada de su madre, una enfermera de aproximadamente 30 años. Los padres se habían divorciado hacía un año aproximadamente, pero ya se habían separado cuando Julia tenía alrededor de siete años.

Durante las primeras sesiones, supimos que Julia y su

madre se habían trasladado a casa de los abuelos, en un piso aparte. El abuelo había muerto hace más o menos un año y la anorexia se había desarrollado entonces. La abuela pasaba mucho tiempo con Julia, acompañándola al colegio, con los amigos, a clases particulares, y preparando gran parte de las comidas para las tres.

Organizamos sesiones de terapia individual para Julia centrándonos en su imagen corporal, la conducta alimentaria y el desarrollo de sus iguales. También invitamos a la abuela a participar en las sesiones de terapia familiar, que aceptó como una oportunidad para mostrarnos su punto de vista sobre el desarrollo no sólo de Julia, sino también sobre el de su madre, con el que estaba totalmente insatisfecha.

Durante las primeras sesiones con la abuela, observamos grandes discusiones entre ella y Julia, mientras que la madre se mantenía tranquila, respondiendo sólo a las preguntas que se le formulaban y contribuyendo poco a la comprensión de la dinámica, básicamente minimizando posibles aspectos conflictivos. Observamos a Julia como posible representación de su madre y de sus conflictos sin resolver con la abuela, sobre la propia individuación y posición en la familia, representando estos conflictos a nivel no verbal.

Cuando vimos la madre y la abuela en dos sesiones a parte, la abuela acusaba con reproches a la madre de su rechazo a los estudios, consiguiendo únicamente una diplomatura de poco valor, no haciendo una carrera sino siendo una enfermera y casándose con un incompetente, que resultó ser un bebedor, que tenía muchas fobias y ansiedades y problemas con el control de los impulsos. La escalada de conflictos entre la madre de Julia y su exmarido, presenciados por la hija, las llevó finalmente a vivir a casa de los abuelos maternos. Todavía mantenía el contacto con aquel hombre, ayudándole dándole dinero, a veces comprándole algunas cosas (incluso bebidas alcohólicas), siempre con la desaprobación de la abuela. Presentaba todavía una fuerte dependencia hacia él, blindándose así de la presión de su propia madre.

La abuela era arquitecta y trabajaba con un importante constructor de una empresa en una posición líder, supervisando grandes proyectos hasta que se jubiló. Después de la jubilación, ayudó a su marido en su propia empresa de construcción, de la que tomó el relevo mayoritariamente uno de sus hijos (el tío de Julia, hermano de su madre). El otro tío (el segundo hermano de la madre de Julia) era un abogado de éxito en una gran

ciudad de Alemania.

La abuela parecía muy capaz de imponer su voluntad a los otros, tanto en la empresa de construcción, donde la llamaban “la Helena de hierro”, como en relación con su marido e hijos. Con las únicas personas con las que no lo pudo conseguir fue con la madre de Julia, con su resistencia pasiva, i con Julia, con una resistencia más activa.

Sugerimos la posibilidad de ver el padre de Julia en una sesión para poder tomar consciencia de su rol en las interacciones familiares y en su posición respecto las dificultades de su hija. Esta propuesta fue fuertemente rechazada por la madre de Julia, que creía que supondría todavía más problemas, y que recibió un apoyo significativo de la abuela, que esperaba “una mayor claridad en determinados asuntos”, que, supusimos, significaban una mayor división entre el padre de Julia y ella y, por otra parte, entre la madre y la abuela. Como no quisimos ponerlos de parte de la abuela contra la madre de Julia en este aspecto tan importante, dejamos la decisión en manos de la segunda.

Explorando la tríada Julia-madre-padre en la siguiente sesión, observamos que Julia representaba un fuerte rol parental respecto a su padre, que la telefoneaba a ella y a su madre al menos una vez al día, explicándoles sus problemas y angustias, y también de su madre, de la que Julia se preocupaba mucho.

En este punto de la terapia se llegó a un impasse, no respecto al progreso de Julia con las ingestas, aumentando de peso y mejorando las relaciones con los iguales, sino respecto el trabajo de los conflictos familiares. La madre de Julia reaccionó de forma muy evasiva, minimizando y reticente. En este proceso de transferencia-contratransferencia parecía que nosotros adoptásemos más el rol de la abuela, apuntando a las dificultades, los defectos y errores de la madre en el cumplimiento de su rol respecto a Julia. Adoptamos el papel de jueces de la familia, teniendo que decidir sobre quién tenía razón y quién se equivocaba; y también de mejores padres para Julia.

En esta fase, decidimos implicar los parientes cercanos, invitando al tío de Julia, el hermano de la madre, a una sesión de terapia, que tenía una buena relación con la madre de Julia y que más adelante podría ser de apoyo para aportar posibles nuevos puntos de vista a las dinámicas familiares.

En una sesión conjunta con él, la madre de Julia, su abuela y Julia, conocimos el papel de mediador del

abuelo en el conjunto de la familia, sobre todo entre la madre y la abuela y el papel de cuidador que él ejercía respecto a Julia. Los síntomas de anorexia evolucionaron poco después de su muerte inesperada. También su fobia a ahogarse, ya que el abuelo murió por una parada respiratoria secundaria a la enfermedad pulmonar que sufría. Evidentemente, Julia se identificaba con él de una manera muy clara.

La sesión también aportó nueva información sobre aspectos de la vida de la abuela. Nacida en una granja, propiedad de la familia de su padre desde hacía generaciones, se le permitió seguir con estudios superiores. Mientras, su hermana pequeña tuvo que casarse con un granjero y hacerse cargo de la granja. Para su educación, la abuela fue acogida por una profesora de la ciudad más cercana, con quien vivió, educó y crió desde los 12 años, cuando empezó la escuela secundaria. Después marchó a la universidad a otra ciudad, donde conoció al que sería su marido. Cuando fue madre no quiso dejar de trabajar e hizo que su “madre adoptiva” fuera a su casa para ejercer de institutriz para sus hijos, sobre todo para la madre de Julia, que sufrió la extrema rigurosidad y los castigos, muchas veces abusivos, rebelándose contra ella, desobedeciéndola o rechazando los estudios.

La hermana pequeña de la abuela, que se hizo cargo de la granja familiar, tuvo un matrimonio muy infeliz con un hombre borracho y agresivo, del que se divorció con el apoyo de la abuela. Mucho poco después del divorcio, murió de cáncer de forma muy dolorosa. La abuela temía una repetición de la historia de su hermana en su hija, que acabó siendo parcialmente así, y en Julia, quien ella temía que fuera demasiado débil y sugestionable, y que fracasara en la escuela, tal y como había hecho su madre, y que eso la hiciera dependiente de un hombre.

Esta sesión fue un punto crucial en toda la terapia. Las conclusiones de esta sesión aliviaron a Julia y a su madre. Desde entonces, la madre y la abuela se mostraron más contrarias en algunos aspectos fundamentales sobre la convivencia en casa de la abuela y también sobre la red intergeneracional creada.

Como se dieron cuenta de que había menos conflictos evitando algunos puntos de este tema en sesiones posteriores, pudieron hablar claramente entre ellas sin que Julia tuviera que hacer de mediadora entre su madre y su abuela, consiguiendo más espacio para su propio desarrollo. Superó los síntomas de la anorexia, sus rituales anancásticos y parte de sus fobias.

La aproximación multigeneracional

Como en muchas familias con síntomas psíquicos graves, aquí también observamos “compulsiones repetitivas” intergeneracionales, una tendencia a repetir relaciones problemáticas y conflictivas a lo largo de diferentes generaciones y una fuerte resistencia a hablar y solucionarlas.

También pudimos ver que los conflictos de separación-individuación y de lealtades a menudo se desarrollan a lo largo no sólo de dos, sino de tres o más generaciones y que los problemas en la generación de los niños, nuestros pacientes, podrían ser resueltos de una forma más eficaz trabajando también los conflictos entre la generación de los padres y la de los abuelos.

Traducción del inglés de Josepa Carreras

Bibliografía

CELLA, S., IANCCONE, M. Y CORUFO, P. (2014). How perceived parental bonding affects self-concept and drive for thinness: a community based study. *Eat Behav* 15:110-115

CIERPKA, M., REICH, G. Y KRAUL, A. (1998). Psychosomatic Illness and the Family. En: L'Abate L (Ed): *Handbook of Family Psychopathology*. Guilford Publications, New York, 311-332.

CIERPKA, M. Y REICH, G. (2010). Familien- und paratherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie. En: Reich, G., Cierpka, M. (Ed.s): *Psychotherapie der Essstörungen*. Stuttgart, Thieme. 3. Edición completamente revisada, p. 164-198.

FIELD, A. E., JAVARAS, K. M. Y LAIRD, N. M. (2008). Family, peer and media predictors of becoming eating disordered. *Arch Pediatr Adolesc Med* 162:574-579

HOLTON-VIESEL, A. Y ALLAN, S. (2015). A systematic review of literature on family functioning across eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clin Psychol Rev* 34: 29-43.

KLUCK, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: the role of body image dissatisfaction. *Body Image* 7:8-14.

KOG, E. Y VANDEREYCKEN, W. (1989). Family interaction in eating disorder. Patients and normal controls. *Int. J. Eating Disorders* 8, 11 - 23.

LOCK, J., LEGRANGE, D., AGRAS, W. S. Y DARE, C. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-*

based approach. New York: Guilford Press.

MINUCHIN, S., ROSMAN, B. Y BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia in context*. Cambridge: Harvard University Press.

NEUMARK-SZTAINER, D., BAUER, K. W. Y BERGE, J. M. (2010) Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *J Adolesc Health* 47: 270-276.

PHILIPPOU, A., ROSSEL, S. L. Y CASTLE, D. J. (2014). The neurobiology of anorexia nervosa: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48:128-152.

QUILES MARCOS, Y., SEBASTIÁN, M. J., AUBALAT, L. P., AUSINA J. B. Y TREASURE, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: a meta-analysis. *European Psychiatry* 28: 199-206

REICH, G. (2015). Familientherapie. En: Herpertz S., de Zwaan, M. y Zipfel, S. (Eds): *Handbuch der Essstörungen und Adipositas*. Springer, Heidelberg, 2. Aufl. S. 255-262.

REICH, G. (2003a). *Familientherapie der Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

REICH, G. (2003b). *Familienbeziehungen bulimischer Patientinnen. Eine Vergleichs-Studie zu Patientinnen mit Anorexia nervosa und einer nicht-essgestörten Kontrollgruppe*. Heidelberg: Asanger.

STROBER, M. (1991). Family-genetic studies of eating disorders. *J Clin Psychiatry*, 52, 9-12.

TETLEY, A., MOGHADDAM, N. G., DAWSON, D. L. Y RENNOLDSON, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: a systematic review. *Eat Behav* 215: 249-59.

VAN ELBURG, A. Y TEASURE, J. (2013). Advances in the neurobiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 26:556-561.

WOOD, B. L., KLEBBA, K. B. Y MILLER, B. D. (2000). Evolving the biobehavioral family model: The fit of attachment. *Fam Proc* 39:319-344.

WOOD, B. L., JUNGHA, L., MILLER, B. D., CHEA, P., ZWETSCH, T., RAMESH, S. Y SIMMENS, S. (2008). Testing the biobehavioral family model in pediatric asthma: pathways of effect. *Fam Proc* 47:21-40.