

Un caso de duelo familiar

Roberto Pereira Tercero^a y Marco Vannotti^b

^aMédico Psiquiatra. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Director de la Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar. Bilbao. Vizcaya. España.

^bMédecin adjoint, PD et MER. Policlinique Médicale Universitaire. DUPA. Service de Psychiatrie de Liaison. Lausanne. Suiza.

Cuestiones para recordar

- El duelo es un proceso que no sólo se vive de forma individual sino que se produce también a nivel familiar.
- Habitualmente se tiende a reconocer a una única persona como portadora del duelo, lo que puede suponer que el resto de la familia tenga dificultades para afrontar el suyo propio.
- La pérdida de un miembro de la familia trae consigo una nueva organización familiar, que conlleva cambios en sus reglas y en las funciones de sus miembros.
- Es importante tener en cuenta que un duelo no elaborado puede tener repercusiones sobre otros miembros de la familia, aunque éstos no hayan vivido de forma directa la muerte.
- El duelo patológico puede surgir por numerosas razones. Sin embargo, hay que prestar atención a un uso abusivo de este tipo de duelo porque algunos duelos pueden que hayan quedado parcialmente cumplidos o incumplidos, sin necesidad de ser patológicos.
- Los rituales ejercen un papel importante durante el duelo, ya que favorecen la asunción de la pérdida y dan lugar a un contexto donde se expresan las emociones.

Palabras clave: Duelo • Pérdida • Rituales • Relaciones familiares.

La pérdida puede ser vivida como un acontecimiento que puede poner a prueba, a veces de manera traumática, las concepciones que el individuo tiene de la vida y del mundo. La naturaleza del duelo, como experiencia humana, debe ser conocida por los médicos. Las historias de pérdida reflejan un complejo proceso por el que las personas se adaptan a una nueva realidad. Este proceso es a la vez personal, familiar, social y cultural. Los autores subrayan en este artículo la dimensión familiar del duelo.

El duelo, es decir, “el proceso psicológico que se pone en marcha a causa de la pérdida de una persona amada” (Bowlby)⁴, es un proceso que afecta de manera fundamental a la red de relaciones de la persona que muere y a cada individuo que forma parte de ella. El proceso de duelo depende básicamente de factores culturales, de pertenencia social, de género y del grado de espiritualidad del sujeto.

Si el hombre es un ser viviente insertado en una comunidad, si el ser humano no puede existir solo, es evidente que la pérdida de un allegado atente contra el sujeto, no sólo por la dura confrontación con su repentina ausencia, sino además porque cuestiona su identidad.

Se podría suponer que las reacciones ante la pérdida son, en parte, innatas. La anticipación de posibles pérdidas empuja al sujeto a preservar a sus allegados y, así también, a la comunidad y a él mismo.

Freud fue el primero en hablar y reflexionar sobre el duelo en su trabajo *Duelo y melancolía*. El duelo sería el proceso normal que resulta de la pérdida de un objeto –en el sentido psicoanalítico de persona importante para el sujeto–. El allegado al fallecido debe desinvertir al objeto perdido para volver a invertir la energía libidinal sobre otro objeto⁷.

Según otros psicoanalistas –Racamier¹⁵–, la experiencia de duelo es también el resultado de un aprendizaje de la primera separación con la madre. Este “duelo originario” constituye, a lo largo de nuestra vida, un rastro complejo, vivo y duradero, de lo que estaremos listos “a aceptar perder como precio de todo descubrimiento”.

Este aprendizaje de la pérdida desarrolla en cada individuo una competencia más o menos grande para hacer frente a los duelos futuros, y es la clave de todo movimiento de diferenciación: así, las condiciones de la travesía del duelo originario y la cicatriz que conservamos, determinan la capaci-

dad de efectuar los grandes y pequeños duelos y de atravesar las diferentes crisis que, inevitablemente, puntuarán nuestra existencia⁶.

Los estudios más frecuentes describen únicamente la reacción individual del duelo, eludiendo los aspectos interrelacionales del proceso. El acento puesto sobre los aspectos individuales de las observaciones sobre el duelo coincide con un cambio en la cultura que, en nombre del individualismo utilitarista contemporáneo, parece privilegiar las necesidades egocéntricas del individuo y poner en un segundo plano la solidaridad: “El contexto cultural en Estados Unidos percibe el duelo como una experiencia individual aislada”¹⁶. El interés exclusivo por los aspectos individuales del duelo acabaría eludiendo los aspectos relacionales, culturales y sociales que desempeñan un papel importante en las características, el tipo y la duración del duelo. El duelo puede concebirse como una experiencia que se articula entre lazos de afecto e interdependencia entre humanos. La muerte implica no sólo procesos de elaboración intrapsíquica sino también la desaparición de una parte del contexto social requerido para permitirle al superviviente comprender, validar y organizar sus percepciones cognitivas y sus relaciones sociales^{10,5}.

Transición del punto de vista individual hasta el punto de vista familiar

Para Parkes¹², la reacción de duelo debe entenderse como una transición psicosocial, que serían aquellos cambios vitales que requieren que las personas revisen profundamente su concepción del mundo. Estos cambios o transformaciones son duraderos en sus efectos o sobrevienen bruscamente, llevando consigo la necesidad de cambios rápidos y permanentes de una cantidad masiva de reglas, hábitos, rituales, premisas y construcciones de la realidad. Cuantas más numerosas y de mayor importancia sean las reglas que se deben cambiar, más doloroso y difícil será el duelo y más tiempo y energía requerirá. Sin embargo, la reacción ante la pérdida no depende únicamente de la magnitud de la transición psicosocial, sino también de los vínculos existentes entre el difunto y el superviviente —en este sentido, conecta con las teorías de Bowlby—^{2,3,4}. Como consecuencia, el desarrollo del duelo, su duración y complicación dependerá de la magnitud del cambio resultante de la pérdida y de los vínculos biológicos o afectivos entre el fallecido y el superviviente¹³.

Para Freud asistimos comúnmente a la resolución del duelo, pero no es inmediata; se realiza más bien lentamente y necesita una cierta dosis de energía psíquica⁷. El duelo pretende desvincular al difunto del superviviente. Si el proceso de duelo no se produce normalmente o se impide su natural evolución de alguna manera, el individuo entra en un duelo patológico. Consideramos un duelo como patológico cuando

no se transforma en el curso del tiempo y tiene una duración mayor de dos años. Los duelos patológicos se manifiestan comúnmente por: rituales estereotipados, visitas obstinadas al cementerio o una incapacidad para ir, numerosas fotos del muerto colocadas en las paredes de las viviendas o por el hecho de conservar la urna con las cenizas en el salón o el dormitorio.

Estas familias cultivan así la creencia de que el muerto no murió. Conviene, sin embargo, distinguir entre la creencia de orden espiritual —del tipo: su alma vela por nosotros desde el paraíso— que permite guardar un lazo simbólico con el fallecido y la creencia que niega la realidad de la muerte.

La negación de la muerte es un factor que puede favorecer el desarrollo del duelo patológico. Por las estrategias de evitación, las personas en duelo tienden a aislarse y a no hablar del muerto evitando el dolor intenso que esto produce. Sin embargo, esta actitud dificulta el “trabajo de duelo” e incluso su resolución¹¹. Así, la evocación constante del fallecido o la negación de la muerte y el sentimiento asociado a ésta impiden el proceso de separación. Aunque la literatura clásica considera la negación como un síntoma de duelo complicado o incumplido, algunos estudios relativizan este punto de vista.

Las razones por las cuales el duelo se vuelve patológico son numerosas. Una de ellas es la ausencia de los rituales del duelo. En el pasado, estos rituales estaban claramente codificados: la viuda, por ejemplo, se vestía de negro durante un período convencional, luego podía “aliviarse” con ropas grises o moradas. Así, gracias a esta codificación de la vestimenta, sabían donde se hallaba en su proceso de duelo, incluida ella misma.

Las respuestas individuales al duelo se asemejan a muchos síntomas de la depresión. Conviene, sin embargo, no confundir la reacción normal del duelo con un estado depresivo. Esta distinción es a veces difícil, debido a que con frecuencia un duelo constituye el acontecimiento desencadenante de un estado depresivo. Es importante hacer la distinción porque en principio no es útil tratar con medicación los síntomas asociados al duelo. Al amortiguar mediante tranquilizantes o antidepresivos el afecto doloroso del allegado, corremos el riesgo de eliminar la reacción emocional necesaria para el trabajo de duelo y favorecer así el deslizamiento hacia un duelo patológico.

Duelo familiar

Si el duelo se centra sobre un solo miembro de la familia, habitualmente el que mantiene una relación más próxima o dependiente con el difunto, se les niega a otros miembros no sólo la posibilidad de acceder a la ayuda terapéutica, sino también, la posibilidad de expresar abiertamente sus emociones, dado que todos ellos deben dedicarse al cuidado del que está “oficialmente” en luto.

Esta asunción “en exclusiva” del papel del duelo, produce frecuentemente problemas, a medio o largo plazo, en otros miembros de la familia, en particular en un duelo patológico.

Definición del duelo familiar

Partiendo de la definición del duelo de Bowlby⁴, Pereira¹³ define el duelo familiar como el “proceso familiar que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros”. La pérdida o la amenaza de pérdida de un miembro de la familia es la mayor crisis que tiene que afrontar un sistema familiar. El equilibrio de una familia se ve perturbado cuando se añade un miembro, por un nacimiento o una nueva alianza; y, con más razón, cuando la muerte priva a la familia de uno de sus miembros. La amplitud de este *shock* puede variar con relación a la importancia funcional de la persona perdida y al clima emocional del momento¹.

La familia pone en marcha una serie de mecanismos defensivos, reforzados socioculturalmente, que tienen como objetivo su mantenimiento. Subrayaremos seis de estos mecanismos de ajuste:

1. Reagrupación de la familia nuclear.
2. Intensificación del contacto con el resto de la familia o con las personas afectivamente cercanas de la familia (amigos, etc.).
3. Disminución de la comunicación con el medio ambiente exterior.
4. Apoyo social a la continuidad de la familia.
5. Exigencia de tregua en los conflictos familiares “anti-gueros”: reconciliación.
6. Conductas de debilidad que reclaman protección.

Reorganización familiar durante el duelo

Varios autores han señalado cómo la muerte de un miembro de la familia supone la muerte de la familia misma, siendo entonces el objetivo del duelo establecer las bases de un nuevo sistema familiar, que surge del anterior, pero que no será el mismo⁸.

En el proceso de duelo el mantenimiento de canales adecuados de comunicación con el medio externo facilita el acceso de las redes exteriores de apoyo y soporte.

La reorganización familiar va a depender de una serie de factores, dentro de los cuales se halla la importancia del desaparecido en el seno de la familia. La desaparición de un miembro que ocupa un papel pasivo y periférico en el sistema familiar no es igual a la de otro que desempeña un papel activo y central¹⁴.

Una “muerte esperada” permite anticipar progresivamente una reorganización de la vida familiar y hacer frente al acontecimiento doloroso con una preparación mayor. En cambio, una muerte inesperada requiere un cambio inmediato de las reglas de funcionamiento.

La reorganización familiar va a depender también del ciclo vital de la familia. Los roles jugados por el fallecido pueden ser redistribuidos entre el resto de los miembros de la familia, pueden ser asumidos por uno de ellos (hijo parentalizado), o pueden ser mantenidos “en conserva” a la espera de la incorporación en la familia de un nuevo miembro que lo asuma. En definitiva, la familia debe realizar una adaptación progresiva y dolorosa a una nueva realidad en la que el fallecido estará ausente.

Repercusiones del duelo sobre la familia

Entre las repercusiones de un duelo no elaborado conviene recalcar las de su transmisión a través de las generaciones.

Como bien se ha descrito recientemente en un artículo de Cuendet⁶, un niño puede ser el portador sintomático de un duelo no elaborado por uno de sus padres. El síntoma de un niño reviste en efecto, múltiples facetas. Lleva en primer lugar el rastro de una “delegación”¹⁷. Este término se refiere al hecho de que el niño, percibiendo con una fuerza incoercible las señales que reflejan los temores, los deseos y los fantasmas de sus padres, puede sentirse investido de una “misión” que tiene que cumplir ante ellos. Desempeñando su misión, que vive como imperiosa y respondiendo lealmente a la delegación percibida el niño espera a cambio cubrir su necesidad de ser querido¹⁹. Se trata, entonces, de ayudar a los padres a llorar a su muerto, a separarse después de haber expresado su cólera o haber elaborado las razones de su idealización, con el fin de reinvestir al propio niño.

Para ilustrar esta delegación querríamos evocar una viñeta clínica que presentaremos luego de forma más detallada (cf. 3.4.). Nos limitaremos aquí a esbozar muy esquemáticamente la evolución del proceso. Un niño percibe el dolor inconsolable de su madre: ésta había perdido a su hermano en la primera infancia. El duelo personal y familiar –sobrevenido mucho tiempo antes de su nacimiento–, persistente y no elaborado, ha sido bien percibido por parte de este niño que quiere ayudar y consolar a su madre, e intuye, relativamente rápido, que sólo puede hacerlo poniéndose en el lugar del tío muerto en la primera infancia. Piensa que sólo de esa manera su madre podrá quererlo, ya que el niño tiene el sentimiento de ser incapaz de consolarla o de aliviarla. La madre, por su parte, no pudo elaborar –debido a la reacción de sus propios padres– el duelo de su hermano; proyectó así su tristeza sobre el niño en cuestión. La mujer en duelo se deshace de su herida escogiendo, inconscientemente, a un niño “predestinado” como ligazón. El niño predestinado es utilizado como sustituto para enmascarar el vacío. Incluso llega a llevar los atributos del muerto (nombre, ciertas características, “cualidades o defectos” del muerto), como si el muerto se reencarnara en un miembro de la familia.

El tabú o el secreto que rodea a la muerte hace que la vida psíquica se restrinja, así como la “mentalización” de las emociones. El síntoma pone en escena lo que no puede decirse⁶.

Relato de una situación de duelo familiar

Desde hace algunos meses, y sin razones aparentes, Michel, un adolescente de 14 años de edad, inquieta a sus padres por su comportamiento anoréxico. Desde hace poco, además, parece atormentado con la idea de la muerte y hace afirmaciones suicidas que alarman a sus padres y al médico que le trata²⁰.

Cada encuentro con los abuelos maternos es la ocasión para recordar al hermano de la madre, fallecido por casualidad a la edad de 7 años, y a quien aún se le reserva un sitio en la mesa durante la comida dominical. La madre de Michel, Annie, que también aparece ligeramente deprimida, sufrió profundamente durante su infancia al ver a sus padres inconsolables y demasiado ocupados por el recuerdo del hijo muerto como para cuidar bien de ella. Pero Annie sufrió especialmente por no ser reconocida en sus esfuerzos por consolar la pena de sus padres. Este sufrimiento se ocultó a Michel, al igual que se había ocultado a los abuelos.

Existe un vínculo entre los síntomas actuales de Michel y la muerte de su tío. Los síntomas del adolescente parecen, en efecto, una renuncia a la vida, nacida de sufrimientos enterrados, pero también, y paradójicamente, una demanda tácita de que le sea confirmado su derecho a vivir.

Así, mediante la anorexia, Michel resucita en cierto modo al niño cuya muerte provocó en su madre un duelo durante su infancia. Pero esta función reparadora no agota el sentido del síntoma. La depresión –latente en la madre y declarada en el hijo– también contenía una parte de hostilidad. Hostilidad de Annie con respecto a sus propios padres que la descuidaron, sin que pudiera manifestar su frustración o su cólera por temor a perder definitivamente el vínculo de afecto que el duelo prolongado de sus padres ya había debilitado. Hostilidad de Michel frente a su madre –que, al igual que sus propios padres, no podía dar a su niño signos claros de su deseo de que él viva– pero también frente a su padre, que no se decidía a terminar con el proceso de traer al presente una y otra vez al fantasma del tío muerto. El síntoma de Michel tiene aquí la dimensión de un emplazamiento provocador que se podría traducir en estos términos: “Si quieres a un muerto, lo tendrás”.

La etapa inicial del tratamiento consistió en reconstruir la historia de la familia a través de las generaciones, haciendo explícitos los dolores y duelos que allí se habían producido. Para retirar al adolescente de las proyecciones y previsiones que pesaban sobre él, los terapeutas procuraron sacar a la superficie el sufrimiento de los padres y elaborar su propia angustia de separación. El proceso terapéutico hizo emerger conductas y significados alternativos: los terapeutas animaron a los padres a comprometerse incondicionalmente al lado de un niño que podría morir (al igual que el hermano de la madre, era el hijo mayor de la fratría). Los padres, en efecto, temían secretamente tal duelo.

Los terapeutas intentaron dar un nuevo sentido a la evocación reiterada del muerto efectuada por los abuelos. Propu-

sieron la hipótesis de que el dolor por la pérdida había empujado a los supervivientes a querer detener el tiempo y el crecimiento de cada uno, para poder permanecer todos juntos. Animaron desde entonces a la familia a visitar la tumba del tío mítico e idealizado para despedirse definitivamente de él y enterrar su fantasma. En la medida en que, por un juego sutil de delegaciones, Michel encarnaba el mito de este tío muerto, la ceremonia se acompañó de una declaración solemne de los padres según la cual su deseo era que Michel continuará viviendo y creciendo.

Al final del tratamiento, de una duración de 11 meses, Michel ganó peso y reinició su crecimiento y sus abuelos dejaron de reservar un sitio vacío para el muerto en la mesa.

Es evidente que para la madre, el *shock* y la confusión marcaron el momento de la separación de su hermano mayor. No había gozado del sostén necesario por parte de sus padres para elaborar su propio duelo. Éstos fueron acaparados en exceso por su dolor y su desesperación y la dejaron sola en su tristeza y desesperación de niña. Si los padres no pudieron aceptar la muerte de su hijo, con más razón tampoco Annie pudo entrar en una fase de aceptación. No fue posible la reintegración y, por lo tanto, la familia continuó viendo como si el desaparecido todavía estuviese allí.

Las relaciones de apego en la familia de la madre fueron muy ambivalentes. Todo pasaba como si los padres, con el fin de sobreproteger a la madre, sutilmente le hubieran sonacado confianza y atención, por el temor de ser abandonados de nuevo por su hija. Es una constelación que a menudo se encuentra entre los padres que pierden a uno de sus niños.

Michel se vio afectado por el *shock* ocurrido 30 años antes de su nacimiento. A partir de su llegada al mundo vivió en la confusión persistente del suyo, que comprometió en gran parte su derecho a existir por sí mismo. Básicamente, se podría afirmar que nació en un mundo familiar que apenas acababa de perder a uno de los suyos. Se convirtió así, hasta cierto punto, en el protagonista y objeto de la búsqueda de sus abuelos y su madre. Además, nadie le había explicado lo que había pasado realmente en el momento de la muerte. Esta ignorancia, mantenida involuntariamente, contribuía a crear un clima en el cual se consideraba al difunto como presente. El entorno, simultáneamente, pedía a Michel que ocupara, emocionalmente, el lugar del desaparecido. Así pues, su derecho a la vida se ponía en duda, como lo prueban los síntomas de Michel: no querer crecer, pensar en morir. El vínculo de Michel con su madre era también ambivalente. No se había beneficiado, a su pesar, del compromiso de sus padres. Tampoco ella había podido, en consecuencia, acordar un vínculo incondicional con Michel y como sus padres con ella, estaba temerosa de que sus hijos pudieran abandonarla.

El *shock* y la confusión marcaron a los padres de la madre. El compromiso que tenían respecto a su hijo mayor era muy importante. Se había esperado mucho de éste; personi-

ficaba, como muchacho, las esperanzas parentales más sólidas. La quiebra de este compromiso causó una ruptura definitiva en ellos, sobre todo teniendo en cuenta que la muerte fue repentina, tras un accidente. Al temer sumergirse en emociones demasiado intensas, negaron el afecto doloroso: esta estrategia –inútil y destructiva– llevó a los padres a evitar el proceso de duelo. La reorganización familiar se congeló en el tiempo. Incluso después del matrimonio y la maternidad de la madre, los rituales familiares continuaron haciendo presente al difunto; se evitó todo lo que habría permitido despedirse de él sabiamente. Todo ocurrió como si no hubiera podido establecerse una nueva estructura familiar y la figura del difunto tuvo una influencia directa –por su incómoda presencia– sobre el funcionamiento de ésta a través de las generaciones.

La intervención terapéutica se orientaba, sobre todo, a estimular la despedida del fallecido, para dejar a los supervivientes la oportunidad de vivir su vida. Así pues, la instauración de diferentes rituales permitió detener la influencia directa del fantasma sobre el joven Michel. Eso fue posible también por una transformación de los vínculos de afecto entre los padres y el niño. Así, se favoreció la reafirmación de la pertenencia de cada uno al nuevo sistema familiar e incluso los abuelos aceptaron el principio de una nueva etapa familiar.

Conclusión

Mucha gente que vive duelos se encuentra aislada. Los allegados no están a gusto frente a las emociones de la persona enlutada (sobre todo la tristeza y la cólera). Se sienten impotentes y prefieren evitar encontrarse con ella y hablar sobre lo que está viviendo. Sin embargo, las personas que están pasando por un duelo tienen la necesidad de hablar, de tener personas que les procuren apoyo y consuelo cerca de ellos. Ese puede ser también el papel del médico, sobre todo del que se ocupó de asistir al difunto.

Es necesario que el médico preste atención no sólo al paciente que parece asumir el papel del “duelista”, sino a toda la familia, que puede verse afectada de manera inmediata, por las repercusiones emocionales de la pérdida, y también de forma aplazada, por los cambios en la organización familiar que tienen lugar durante el duelo.

El médico puede ayudar a sus clientes y allegados a elaborar el duelo. Puede aliviar el dolor de la pérdida que im-

pulsa a veces a los supervivientes a querer detener el tiempo y su crecimiento. Puede animarlos a realizar los rituales sociales del duelo, para alejarse definitivamente del difunto y enterrar su fantasma.

En este artículo, se habló de fases o etapas del duelo. Nos gustaría hacer hincapié en el carácter orientador de tal estructuración. Por una parte, en el proceso de duelo, algunas fases pueden ser recurrentes: pueden atravesarse y después de un tiempo de estado latente, aparecer de nuevo, lo que implica una nueva elaboración. Por otra parte, saltarse una etapa no impide necesariamente el proceso del duelo.

Bibliografía

1. Bowen, M. Family reactions to Death. in P. Guerin (eds.), *Family Therapy. Theory and Practice*. Lakeworth, Florida: Gardner Press; 1976.
2. Bowlby, J. Process of mourning. *Internat J of Psychoan*. 1961;42:317-40.
3. Bowlby, J. El Apego y la Pérdida. Vol. II, Separación. Barcelona: Paidós; 1973.
4. Bowlby, J. El Apego y la Pérdida. Vol. III, Pérdida. Barcelona: Paidós; 1980.
5. Castelli DA. La postvention. Soutien de l'entourage proche et élargi des personnes suicides. En Peter HB et Mösl P. (ed). Génova: Labor et Fides; 2003.
6. Cuendet CL, Grimaud de Vincenzi A. Des rituels de deuil: libération pour les parents, libération pour les enfants. Génova: *Thérapie familiale*; 2003;2:161-68.
7. Freud, S. *Duelo y Melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu; 1952.
8. Gilbert, K. We've had the same loss, why don't we have the same grief? Loss and differential grief in families. *Death Studies*. 1996;20:269-83.
9. Goldbeter, E. *Le deuil impossible*. Paris: ESF; 1999.
10. Kouri, R. *Survivre au suicide d'un membre de sa famille, une recension des écrits*. Université de Laval, Sainte Foy, Ronéo. 1990.
11. Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J of Psych*. 1944;101:141-48.
12. Parkes, CM. Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change. *J of Social Issues*. 1988;3:53-65.
13. Pereira, R. Deuil: de l'optique individuelle à l'approche familiale. In: *Le Deuil*. Bruxelles: De Boeck Université; Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux; 1998;20:85-102.
14. Pereira, R. Duelo: desde el punto de vista individual al familiar. *Sistemas Familiares*. 2002;18:1-2, 48-61.
15. Racamier, PC. *Le génie des origines*. Paris: Payot; 1992.
16. Shapiro, E. Family bereavement and cultural diversity: a social development perspective. *Family Process*; 1996;3:313-32.
17. Stierlin, H. *Psicoanálisis y Terapia Familiar*. Barcelona: Icaria; 1977.
18. Van Genep, A. *Les rites de passage*. Emile Nourry, Paris: Picard; 1981 (reimpresión de la edición ampliada de 1969).
19. Vannotti, M. Elaborazione del lutto attraverso le generazioni. A proposito di un caso di anoressia in un ragazzo adolescente. *Terapia Familiare*. 1991;36:21-34.
20. Vannotti, M, Onnis L, Gennart M. *Thérapie systémique et familiale*. En Duruz N. & Gennart M. (eds). *Traité de psychothérapie comparée*. Génova: Ed. Médecine et Hygiène; 2001.