

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM FAMILIAR NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

THE IMPORTANCE OF FAMILY INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS

Resumo

Os transtornos alimentares (TA) se caracterizam por comportamentos alimentares inadequados, que prejudicam a saúde física, interferem nas relações psicossociais do indivíduo e causam impacto negativo nas relações familiares e sobre os cuidadores. Uma vez que a faixa etária mais comum de início dos sintomas corresponde à adolescência e ao início da vida adulta, o sistema familiar possui potencial terapêutico e pode contribuir para a manutenção dos ganhos obtidos. Por isso, vários estudos se concentram em intervenções com a participação da família. Inicialmente, as terapias familiares para TA focaram a atenção na anorexia nervosa (AN), em virtude de sua maior gravidade. Com o tempo, as abordagens exitosas têm sido adaptadas ao tratamento de outros TA, tais como a bulimia nervosa (BN) e o transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE). Atualmente, o *family-based treatment* (FBT) é considerado padrão-ouro em inclusão familiar no contexto do tratamento dos TA, com amplas evidências indicando os seus resultados. Neste artigo, além do FBT, abordaremos a terapia familiar sistêmica, focando nas mudanças da dinâmica familiar.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, terapia de família, FBT, terapia familiar sistêmica.

Abstract

Eating disorders are characterized by inappropriate eating behaviors, with great impairment to the individual's physical health and psychosocial relationships and with strong impact on family relationships and on caregivers. As the age of onset of these symptoms usually lies within

adolescence and young adulthood, the family system may contribute to the improvement of the clinical condition and maintenance of the gains achieved. Therefore, several studies focusing on family interventions and family participation have been conducted. The initial focus of family therapies for eating disorders was anorexia nervosa (AN), due to its severity. However, over time, successful approaches have been adapted to other eating disorders, such as bulimia nervosa (BN) and avoidant restrictive food intake disorder (ARFID). Currently, family-based treatment (FBT) is considered the gold standard for family inclusion in the treatment of Eds, with a wide body of evidence suggesting positive results. In this article, in addition to FBT, we will also address systemic family therapy, with a focus on changes in family dynamics.

Keywords: Eating disorders, family therapy, family-based treatment, systemic family therapy.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são doenças associadas a uma significativa morbidade psiquiátrica e clínica, elevada mortalidade, considerável sofrimento e prejuízo familiar e uma acentuada carga sobre as famílias¹. Os TA caracterizam-se por percepções distorcidas sobre o corpo, a alimentação e o impacto das mesmas em suas relações. Como o início desses sintomas costuma ser na adolescência e na idade adulta jovem, as famílias são diretamente afetadas em sua dinâmica, e por sua vez, o sistema familiar pode contribuir para a melhora do quadro clínico. Por isso, vários estudos sobre a intervenção e participação da família têm sido realizados nessa área.



¹ Psicóloga colaboradora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA). Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta de família pelo Instituto NOOS, São Paulo, SP. Terapeuta cognitivo-comportamental. ² Psicóloga coordenadora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. ³ Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental.

Os estudos iniciais sobre as relações familiares e o desenvolvimento dos TA levaram à crença de que as mesmas eram culpadas por provocar e manter os TA e, por isso, eram afastadas do paciente, e esse afastamento favoreceria um tratamento mais adequado¹. Esses pressupostos muitas vezes acabavam por afastar as famílias inteiramente e aumentar a sua resistência ao tratamento.

Ao longo do tempo, surgiram novos estudos² que contribuíram para o entendimento de que a abordagem das famílias pode ser muito útil para o desfecho do tratamento. Uma adequada orientação aos pais poderia ajudar nos cuidados e mudanças comportamentais e cognitivas, complementando o trabalho dos demais membros da equipe.

A atribuição de culpa às famílias, inicialmente, dificultava a criação de vínculos ao longo do tempo. Então, novas estratégias foram implementadas, buscando evitar esse sentimento de culpa. Passou-se a informar aos pais que os TA tem múltiplos fatores de desenvolvimento e, por isso, ao invés de focar em culpados, dever-se-ia focar no problema³. Neste artigo, iremos abordar como a dinâmica familiar afeta o curso do TA e quais as intervenções familiares mais estudadas até o momento.

DINÂMICA FAMILIAR E INFLUÊNCIA NA MANUTENÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Nos anos 50, vários profissionais, nos EUA, que atendiam pacientes com TA individualmente começaram a entrevistar suas famílias e perceberam sua influência na manutenção da doença. Observou-se que os comportamentos estranhos e desviantes do paciente eram mais bem compreendidos quando se observava a maneira como a família interagia com os mesmos e como havia se desenvolvido o TA. Esse novo enfoque terapêutico propunha que se considerasse o “paciente identificado dentro de um contexto interacional e interpessoal, de modo que seus sintomas fossem vistos dentro do sistema de inter-relações do qual faz parte”⁴.

Em 1978, o psiquiatra argentino Salvador Minuchin fez seu trabalho acadêmico na Clínica de Orientação Infantil da Universidade da Pensilvânia, publicando junto com colegas da universidade o livro *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context* (em português, *Famílias psicossomáticas: anorexia nervosa em contexto*)⁵. Nesse

trabalho, ele defendia que o tratamento do paciente deveria focar na família, na análise e na mudança dos seus padrões relacionais, buscando fazê-la perceber os seus padrões rígidos, a evitação de conflitos e as relações com excessivo envolvimento.

Bowen, a partir dos seus estudos sobre as relações de pacientes com seus familiares, principalmente a mãe, propôs uma teoria mais abrangente sobre a terapia familiar, que pressupunha que as pessoas são produto do seu contexto social, mas limitaram o foco apenas à família nuclear⁶. O autor propôs que as forças passadas e presentes é que moldariam essa influência na rede mais ampla dos relacionamentos familiares. As relações familiares anteriores, de cada genitor, irão influenciar as relações atuais da nova família nuclear⁷.

Para ele, os relacionamentos humanos são impulsionados por duas forças de vida que se equilibram: individualidade e proximidade⁸. Desse modo, uma relação familiar saudável depende da manutenção de experiências afetivas positivas e de razoável interação, porém mantendo-se a própria identidade, o seu papel e a diferenciação com relação aos outros membros. Em sua teoria, Bowen sugere que as famílias se utilizam de triângulos (formação de tríades de relacionamento, ao invés de pares) para lidar com a ansiedade, e o triângulo primário, pai-mãe-indivíduo, é o triângulo-chave da família⁷.

REVISÃO DOS MODELOS DE TRATAMENTO COM BASE FAMILIAR COM MELHORES EVIDÊNCIAS

Maudsley family-based treatment

Foi desenvolvido pela primeira vez por Christopher Dare et al. no Maudsley Hospital em Londres⁹ e posteriormente estudado nos EUA por David Le Grange & James Lock¹⁰, que forneceram mais informações e evidências de sua eficácia e cunharam o termo terapia de base familiar (*family-based therapy* – FBT)¹¹. A abordagem de Maudsley foi testada em ensaios clínicos randomizados e demonstrou a sua eficácia em relação à importância dos pais em servir como recursos terapêuticos para ajudar os seus filhos a se recuperarem dos TA, contestando a crença de que as famílias são responsáveis pela doença. Esta é uma abordagem ambulatorial, semiestruturada, constituída por 15 a 20 sessões, manualizada, e tem como foco a mobilização de pais e parentes na promoção

da restauração do peso e alimentação saudável dos seus filhos, melhora do relacionamento entre pais e filhos e o desenvolvimento do adolescente de volta ao trilho.

O Manual Maudsley, que contém as orientações a serem seguidas pelos terapeutas na condução da FBT, é dividido em três fases¹². Na primeira fase, a família é auxiliada a ganhar controle imediato sobre o problema do controle de peso, orientando sobre os riscos e consequências da desnutrição. Essa fase enfatiza a construção de uma forte aliança parental, encorajando esforços de suporte de outros membros e permitindo à família trabalhar em colaboração para promover a restauração de peso do seu filho com anorexia nervosa (AN). Também inclui um tópico relacionado à alimentação em família, no qual os pais e cuidadores são encorajados a serem firmes, porém gentis, em fazer com que seu filho coma adequadamente. Na segunda fase, assim que as demandas de alimentação são aceitas, o controle é gradualmente devolvido ao adolescente, os pais são orientados a permitir escolhas nas refeições e lanches, e outras questões do funcionamento familiar começam a ser abordadas. Na terceira fase, o foco encontra-se no estabelecimento de uma identidade saudável do adolescente depois que o jejum termina, e a restauração do peso é alcançada. Nessa etapa, o foco muda para ajudar o adolescente a negociar tarefas normais de desenvolvimento e os pais a estabelecer limites apropriados para a independência iminente do seu filho¹³.

Os estudos iniciais do FBT foram realizados com pacientes com diagnóstico de AN e seus familiares. Mais recentemente, tem-se ampliado os estudos para pacientes com outros tipos de TA, como no caso da bulimia nervosa (BN). O FBT para BN incentiva o controle dos pais e o gerenciamento de comportamentos de transtorno alimentar sem ênfase na alteração do pensamento patológico relacionado à forma e ao peso.

Também foram apresentadas evidências preliminares da aplicação do FBT às apresentações do transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), cujo acrônimo em inglês é ARFID (*avoidant restrictive food intake disorder*). A principal característica do TARE é a esquiva ou restrição da ingestão alimentar, manifestada por fracasso clinicamente significativo em satisfazer as demandas de nutrição ou ingestão energética suficiente, por meio de ingestão oral de alimento. Ocorre geralmente durante a infância, é um

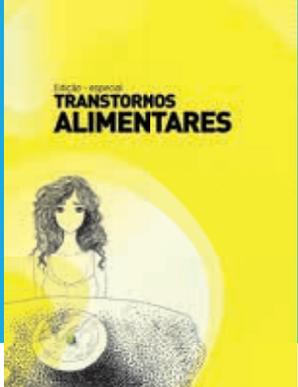
transtorno grave e implica em risco de vida¹⁴. Lock et al.¹⁵ publicaram um relato de caso indicando que os resultados favoráveis da FBT (por exemplo, empoderamento dos pais, externalização e reforço de sérias consequências médicas e de desenvolvimento) também são aplicáveis a pacientes com TARE. Os escores de gravidade do TARE, de acordo com o instrumento de avaliação Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview (PARDI), mostraram uma maior redução na gravidade ($d = 0,83$). Os resultados também mostraram fortes diferenças na alteração da autoeficácia parental, favorecendo o FBT para TARE ($d = -1,49$)¹⁵. Esses resultados, obtidos com outras evidências de apoio ao FBT em uma variedade de contextos e diagnósticos, reforçam a necessidade de estudos contínuos, bem como de ensaios clínicos randomizados de larga escala para promover o uso do FBT em contextos clínicos¹⁶.

Terapia familiar sistêmica

A terapia familiar sistêmica propõe a mudança de foco do indivíduo para o sistema familiar e reconhece a retroalimentação positiva na promoção de saltos qualitativos do sistema familiar¹⁷. A teoria sistêmica foi influenciada por diferentes campos da ciência, como o funcionalismo, a biologia e a teoria da comunicação, porém as influências mais significativas vieram da teoria geral dos sistemas e da ramificação desta, a cibernética.

O funcionalismo de Gregory Bateson teve papel importante na construção dessa nova teoria. A forma de pensar o contexto social foi importante para os terapeutas de família compreenderem essa perspectiva. Assim, famílias são organismos vivos que se reorganizam quando passam por tensões, sejam elas provocadas por mudanças externas (mudança de emprego, transferências) ou internas (nascimento de um filho, casamentos).

A reorganização familiar só é possível através do equilíbrio dinâmico entre tendência homeostática e capacidade de mudança. As relações familiares buscam sempre voltar à sua forma anterior, mesmo que esta se mostre disfuncional, pois é um equilíbrio de forças conhecido o que traz familiaridade e conforto aos seus membros. Porém, é a capacidade de mudança que promove a adaptação da estrutura familiar a novas circunstâncias¹⁸ e permite a sua evolução e permanência ao longo do tempo.



¹ Psicóloga colaboradora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA). Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta de família pelo Instituto NOOS, São Paulo, SP. Terapeuta cognitivo-comportamental. ² Psicóloga coordenadora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. ³ Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental.

A biologia também influenciou a teoria familiar sistêmica, com os conceitos de fronteira e subsistemas. Os membros da família se organizam em subsistemas, e os seus papéis mudam em cada um deles (pais, cônjuges, filhos), e as fronteiras vão manter a independência de cada um deles e a estrutura hierarquizada das famílias¹⁸.

A partir da teoria da comunicação, de Watzlawick et al.¹⁹, os terapeutas começaram a trabalhar a mudança no sistema familiar através da reorganização da comunicação entre os seus membros: o que era comunicado e como era compreendido. Várias dificuldades nas relações familiares se originam na comunicação falha ou com distorções.

A teoria geral dos sistemas, de Von Bertalanffy, foi outra grande contribuição. Com o pensamento-chave “o todo é maior que a soma das partes”, a teoria geral dos sistemas propõe que, nas famílias, as relações exercem papel fundamental para além de características específicas de cada membro. Fala-se em uma identidade grupal revelada pela dinâmica familiar, em como acontecem as relações e como esses padrões interferem no funcionamento e equilíbrio dinâmico.

Os conceitos da cibernética, a qual estuda mecanismos e processos pelos quais os sistemas funcionam, com o intuito de manter a sua organização, originaram modelos comunicacionais e inter-relacionais, cuja prática terapêutica se baseava em conceitos de regras familiares, mitos e padrões interacionais⁴.

Surge uma compreensão mais abrangente sobre o funcionamento da dinâmica familiar, que contribuiu para o entendimento de fatores importantes no desenvolvimento de traços de personalidade que podem conduzir ao uso inadequado da alimentação.

Segundo Murray²⁰, a terapia familiar foi incorporada por Minuchin & Palazzoli na década de 1970, como coadjuvante ao tratamento dos TA. Dessa forma, as famílias passaram a ser avaliadas em sua estrutura. Bruch as descreve como famílias aglutinadas, intimamente emaranhadas, numa aparência harmoniosa, com um envolvimento excessivo, o qual não permite que o paciente crie uma identidade separada. Para Minuchin, quatro características se destacam nessas famílias: o emaranhamento, que acarreta empobrecimento na percepção do outro e de si mesmo; a superproteção, que retarda o desenvolvimento da autonomia, competência

e interesse em atividades fora da segurança familiar; a rigidez nos relacionamentos entre os seus membros, de forma a manter o *status quo* ao experimentarem dificuldades que pudessem ameaçar a integridade do grupo familiar; e a ausência de resolução de conflitos. Essas famílias procuram manter os problemas não resolvidos e uma constante ameaça às tentativas de negociação. Esses pontos é que deverão ser tratados na terapia familiar sistêmica, a fim de conseguir que seus membros possam atuar em direção à melhora ou cura dos sintomas alimentares.

Andolfi entendia o processo de diferenciação como uma necessidade de autoexpressão de cada indivíduo, que se mistura com a necessidade de coesão e união da unidade familiar²¹. Uma família saudável estimula progressivamente a individuação de seus membros até poder separar-se e constituir um novo sistema, sem que com isso percam-se os laços afetivos que os unem. Quando a família busca ajuda, é para compreender o que está acontecendo com o paciente identificado que começa a ter hábitos alimentares atípicos. São famílias desgastadas após um tempo de desentendimentos e dúvidas sobre a alimentação e perda de peso de um dos seus membros, associada a mudanças bruscas de comportamento e por vezes uma certa agressividade. O paciente acredita que todos estão errados e que ele tem perfeito controle dos seus hábitos alimentares.

Os terapeutas sistêmicos se abstêm de fazer interpretações na medida em que assumem que novas experiências – no sentido de um novo comportamento que provoque modificações no sistema familiar – é que geram mudanças. Nesse sentido, são usadas prescrições nas sessões terapêuticas para mudar padrões de comunicação e prescrições fora das sessões, com a preocupação de encorajar uma gama mais ampla de comportamentos comunicacionais no grupo familiar. Há uma certa concentração no problema presente, mas este não é considerado apenas como um sintoma. O comportamento sintomático é visto como uma resposta necessária e apropriada ao comportamento comunicativo que o provocou²².

Na AN, o engajamento familiar tem importante papel no tratamento clínico, pois as pacientes não se consideram doentes. Normalmente, são as famílias que buscam tratamento, chocadas com a súbita perda de

peso e recusa alimentar. No caso das pacientes com BN, estas têm dificuldade de adesão ao tratamento. Costumam ser mais desconfiadas. O estabelecimento de um enquadre claro de tratamento é necessário. Nesse caso, a participação familiar ajuda a estabelecer contorno e regras ao tratamento. As sessões familiares permitem observar a organização familiar, não apenas em relação ao transtorno alimentar, mas também em outras questões, como as crenças e os tabus familiares, o que propicia explorar fatores de manutenção da doença e quais os riscos do desaparecimento dos sintomas na homeostase das relações familiares. O conceito de homeostase não é necessariamente positivo, uma vez que esse equilíbrio pode se dar com a disfuncionalidade das relações. Essa análise inicial é fundamental para traçar o plano de tratamento e promover mudanças nessa dinâmica que sejam mais saudáveis para os seus membros.

CUIDANDO DOS CUIDADORES

Existem poucos estudos sobre a carga recebida pelos cuidadores de pessoas com TA e qual o impacto desta em sua saúde física e mental. Schmidt & Treasure²³ desenvolveram um modelo de manutenção interpessoal cognitiva, propondo que elementos cognitivos, socioemocionais e interpessoais agem para causar e manter os TA. O componente interpessoal do modelo postula que as respostas dos cuidadores à doença podem, de forma não intencional, contribuir para a perpetuação dos sintomas. Os cuidadores podem mostrar altos níveis de emoção expressa (por exemplo, envolvimento emocional excessivo) e comportamentos adaptativos e facilitadores; ambos podem ter um impacto negativo nos sintomas do TA e dificultar a recuperação²⁴.

Nesse mesmo estudo, as autoras buscam identificar as habilidades pessoais dos cuidadores, bem como quais seriam necessárias para lidar com o paciente sem com isso agravar os sintomas e/ou perder seu espaço de cuidado e satisfação pessoal. Como já foi explicitado ao longo deste artigo, quanto maior o envolvimento e a não diferenciação entre o cuidador e o paciente, maior a chance de ambos adoecerem e perpetuar essa condição. Por isso, é fundamental para um tratamento bem-sucedido que o cuidador tenha uma rede de apoio, com a qual possa contar na divisão da atenção e cuidados

com o paciente, e que tenha momentos de satisfação pessoal e com outros membros do grupo familiar ou de suas relações pessoais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos mostram eficácia da FBT em pacientes jovens, provavelmente devido a um maior envolvimento dos pacientes com a família e ascendência/autoridade dos pais nessa faixa etária. Após a saída da internação ou mesmo em tratamento ambulatorial, quando os pacientes ganham peso, há um aumento significativo da ansiedade e desconforto corporal, e a família, devidamente orientada, pode dar suporte necessário para que o paciente atravesse esse período e não recaia na perda de peso vertiginosa e recusa alimentar. A família também deve ser orientada a apoiar o paciente ao longo do tratamento e protegê-lo de outros membros da família estendida e amigos/conhecidos que costumam fazer comentários inapropriados sobre o peso e a forma corporal, mesmo com a intenção de ajudar e/ou elogiar.

Os pacientes com TA são bastante sensíveis a esses comentários e têm audição seletiva e distorção cognitiva que os faz sempre percebê-los como “você está mais gorda”, “ganhou peso”, etc. Para eles, estar melhor, mais bonito, mais alegre significa sempre o tão temido “ganho de peso”. É necessário também que os pais sejam orientados (psicoeducação) para compreenderem o TA do filho e saber lidar com essa situação. Como os primeiros sintomas costumam ocorrer na adolescência, é muito comum que eles interpretem esse comportamento como uma simples necessidade de chamar a atenção, teimosia/pirraça, algo direcionado a eles, e não compreendem a dificuldade de seu filho em conseguir fazer diferente. “Ter uma mesa farta e se recusar a comer até a morte” é contra-intuitivo, incompreensível mesmo. Preocupar-se com a aparência, de forma tão exagerada, e mesmo não ser capaz de perceber quão magros estão é bastante complicado de ser compreendido pelos pais desses pacientes.

Então, primeiro é necessário explicar-lhes que se trata de uma doença psiquiátrica e que afeta a vontade, autonomia e capacidade de discernimento quanto à forma corporal e ao peso e o significado deles em sua vida, futuro, sucesso e felicidade. Também é importante ajudá-los a diferenciar a doença de quem é o paciente/



¹ Psicóloga colaboradora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA). Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta de família pelo Instituto NOOS, São Paulo, SP. Terapeuta cognitivo-comportamental. ² Psicóloga coordenadora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. ³ Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental.

filho, quando o comportamento apresentado é fruto do transtorno e quando se deve a outras causas (personalidade, idade, educação, etc.) e como agir na situação. As famílias devem ser orientadas para a melhor maneira de lidar com as situações de forma a contribuir com a melhora do paciente. As famílias devem diferenciar o que ajuda e o que reforça o desconforto e os pensamentos inadequados.

A terapia familiar irá auxiliar em uma conquista mais breve da remissão dos sintomas e na manutenção dos ganhos em longo prazo, pois todo o sistema foi trabalhado e seus padrões reorganizados, o que permite que as conquistas individuais dos pacientes em seu processo terapêutico individual possam ser incluídas e acolhidas na nova organização e novos esforços de crescimento, amadurecimento e individuação sejam estimulados no ambiente da família.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Adriana Fernandes C. Dáquer, Rua do Catete, 311, sala 511, CEP 22220-901, Catete, Rio de Janeiro, RJ. E-mail: afcdaquer@gmail.com

Referências

1. Gorrell S, Loeb KL, Le Grange D. Family-based treatment of eating disorders: a narrative review. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42:193-204.
2. Shimoguri AFDT, Serralvo FS. A importância da abordagem familiar na atenção psicossocial: um relato de experiência. *Nova Perspect Sist.* 2017;26:69-84.
3. Souza LM, Santos MA. Anorexia e bulimia: conversando com as famílias. São Paulo: Vetor; 2007.
4. Grandesso MA. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
5. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University; 1978:viii.
6. de Almeida Martins EM, Rabinovich EP, Silva CN. Família e o processo de diferenciação na perspectiva de Murray Bowen: um estudo de caso. *Psicol USP.* 2008;19:181-97.
7. Kerr ME, Bowen M. Family evaluation: an approach based on Bowen theory. New York: W W Norton & Co; 1988.
8. Bueno RK, de Souza SA, Monteiro MA, Teixeira RHM. Processo de diferenciação dos casais de suas famílias de origem. *Psico.* 2013;44:2.
9. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44:1047-56.
10. Lock J, le Grange D. Family-based treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005;37 Suppl:S64-7; discussion S87-9.
11. Marks A. The evolution of our understanding and treatment of eating disorders over the past 50 years. *J Clin Psychol.* 2019;75:1380-91.
12. Lock J, Le Grange D. Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. New York: Guilford; 2013.
13. le Grange D, Eisler I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18:159-73.
14. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
15. Lock J, Sadeh-Sharvit S, L'Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord.* 2019;52:746-51.
16. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54:886-94.e2.
17. Esteves de Vasconcellos MJ. Pensamento sistêmico: uma epistemologia científica para uma ciência novo-paradigmática. 4º Congresso Brasileiro de Sistemas; Franca, SP; 2005.
18. Stürmer TR, Marin AH, Oliveira DSde. Compreendendo a estrutura familiar e sua relação com a parentalidade: relato de caso de um casal em terapia de abordagem sistêmica. *Rev Bras Psicoter.* 2016;18:55-68.

19. Watzlawick P, Beaulieu JH, Jackson DD. A pragmática da comunicação humana. São Paulo: Culturix; 1967.
20. Murray SB, Anderson LK, Cohn L. Innovations in family therapy for eating disorders: novel treatment developments, patient insights, and the role of caregivers. New York: Routledge; 2016.
21. Ponciano ELT. Família nuclear e terapia de família: conexões entre duas histórias. *Estud Pesqui Psicol.* 2002;2:25-37.
22. Carneiro TF. Terapia familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. *Psicol Cienc Prof.* 1996;16:38-42.
23. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol.* 2006;45:343-6.
24. Hibbs R, Rhind C, Salerno L, Lo Coco G, Goddard E, Schmidt U, et al. Development and validation of a scale to measure caregiver skills in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2015;48:290-7.