

FAMÍLIA E CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NA ANOREXIA NERVOSA: UM ENSAIO A PARTIR DO *MODELO CIRCUMPLEXO* DE OLSON

Edgard Guerra Neto*

RESUMO

O presente trabalho analisa a influência da dinâmica familiar no desenvolvimento da imagem corporal no âmbito do transtorno alimentar do tipo anorexia nervosa. Problematiza, especialmente, o padrão relacional do sistema familiar na formação da identidade no contexto da anorexia, com suporte no *Modelo Circumplexo* de Olson. Para tanto, considera-se a premissa de um posicionamento teórico crítico, desde a representação da imagem corporal como identidade do sujeito. Este constitui um ensaio teórico e reflexivo, pautado na Teoria Geral dos Sistemas, aplicada à dinâmica familiar. O debate teórico deste exame apontou que o sistema familiar apresenta um padrão interacional, com características que se repetem e que estão profundamente relacionadas ao desenvolvimento da identidade. Desta forma, sendo uma dimensão predisponente para emergência de perfis restritivos no estabelecimento do comportamento alimentar, como a anorexia nervosa.

Palavras-chave: Anorexia nervosa. Transtornos alimentares. Família. *Modelo circumplexo*. Imagem corporal.

ABSTRACT

The present paper analyzes the influence of family dynamics on the process of body image development in the context of anorexia type of eating disorder. It especially problematizes the relational pattern of the familiar system in the construction of identity in the context of anorexia from Olson's Circumplex Model. Therefore, it is considered the premise of a critical theoretical positioning, based on the representation of the body image as the identity of the subject. It is an academic essay of a theoretical and reflexive nature, based on the General Systems Theory applied to the family dynamics. The result of this study concluded that the family system of members with anorexia presents an interactional pattern with specific characteristics that are repeated and that are deeply related to the development of the identity. Thus, it is a predisposing dimension for the emergence of restrictive profiles in the establishment of eating behavior, such as anorexia nervosa.

Keywords: Anorexia. Eating disorders. Family. Circumplex model. Body image.

1 * Especialista – Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Curso de Especialização em Transtornos Alimentares e Obesidade. Aluno do Curso de Formação em Terapia Familiar Sistêmica. E-mail: edgardguerra@icloud.com

1 INTRODUÇÃO

O corpo é o meio pelo qual o sujeito, mediante suas sensações, pode experienciar o mundo externo e a si mesmo, além de ser um instrumento de comunicação. Por meio dele, o sujeito poderá expor seu jeito de ser, opiniões, se relacionar com as pessoas e, inclusive, se alimentar para assegurar a própria sobrevivência. É ainda, o meio em que o sujeito sente prazer e desprazer, o que é fundamental para a constituição psíquica da noção do que é bom e do que é ruim para si e para o outro (TAVARES, 2003; NOVAES, 2006).

Inicialmente, a imagem do corpo é ligada à ideia de perceber o corpo, isto é, de como vemos o próprio corpo e de que maneira o outro nos vê, assim como o entendimento da sua dimensão, no sentido de ocupar um lugar no tempo e no espaço. Considerando o ser humano em sua complexidade, contudo, aspectos psicológicos também estão envolvidos, de modo que a percepção e os sentimentos que o sujeito tem sobre o mundo e acerca de seu próprio corpo está perpassado por sua subjetividade e, logo, por suas significações estabelecidas ao longo de sua vida (TAVARES, 2003).

Segundo a linha psicanalítica, a constituição da identidade se inicia por meio da linguagem, verbal e não verbal, entre mãe e filho, progredindo para as relações sociais. Nesta ligação, exige-se do indivíduo uma adaptação ao contexto familiar em que nasce, o conduzindo a uma alienação do desejo da mãe e à identificação com os membros da família. Em contrapartida, para a subjetivação, é necessário que ocorra uma separação da mãe, fazendo com que o sujeito possa se diferenciar do outro e delimitar o próprio eu, compreendido aqui na integração do corpo e do psiquismo (FREUD, 1924/1996; FINK, 1956/1998; LACAN, 1966).

Estudos sobre a etiologia e a epidemiologia dos transtornos alimentares, consideram que o contexto familiar é um dos fatores predisponentes para esses desarranjos (HAY, 2002; MORGAN; VECCHIATI; NEGRÃO, 2002; OLIVEIRA; HUG, 2008), expressam também que relações familiares problemáticas prévias ao transtorno alimentar são fatores de mau prognóstico na anorexia nervosa (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Minuchin *et al.*, (1978) avaliaram de maneira qualitativa, famílias de pessoas com anorexia nervosa mediante observações clínicas, e concluíram que as famílias avaliadas funcionavam de acordo com um padrão interacional que se repetia e que o sintoma aparecia como um modo de evitar o conflito familiar e servia como manutenção do equilíbrio da família. Os autores ainda trouxeram características extremas das famílias: aglutinação, superproteção, rigidez e falta de resolução de conflitos.

Minuchin (1990), aponta que, em famílias de anoréxicos há uma complicação no processo de separação, dificultando a ideia de identidade separada da matriz familiar, resultando em uma falha na percepção corporal.

Em razão desta realidade funcional, entendemos a importância de realizar um estudo para avaliar o funcionamento das famílias de pessoas com anorexia nervosa. Para avaliarmos as características citadas por Minuchin *et al.*,(1978), optamos por utilizar o *Modelo Circumplexo* do Sistema Conjugal e Familiar de Olson (2000). A decisão pelo *Modelo Circumplexo* apoia-se no fato de ser um modelo já validado para a realidade brasileira (FALCETO; BUSNELLO; BOZZETTI, 2000).

Olson (2000) desenvolveu o *Modelo Circumplexo* do Sistema Conjugal e Familiar, no qual, o nível da qualidade do relacionamento familiar/conjugal varia de acordo com três dimensões: coesão, flexibilidade e comunicação. A coesão é definida como os laços emocionais que os membros do casal possuem, e que podem variar em quatro níveis: desprendido, separado, conectado e emaranhado. A flexibilidade está relacionada ao potencial de mudança na liderança, nos papéis e nas regras, e a comunicação visa facilitar a funcionalidade das outras duas dimensões.

Deste modo, realizaremos um ensaio teórico, reflexivo e crítico acerca da maneira como a família está relacionada ao desenvolvimento e manutenção da imagem corporal na anorexia nervosa, uma psicopatologia que traz o corpo como instrumento de sua expressão, utilizando o *Modelo Circumplexo* de Olson, fundamentado na Teoria Sistêmica. Inicialmente, realizaremos uma abordagem sobre a conceituação de imagem corporal e seu desenvolvimento e, logo após, discutiremos a representação da imagem corporal nos transtornos alimentares, com foco na anorexia nervosa. Em seguida, traremos a Teoria Geral dos Sistemas para, então, adentrarmos na discussão central das características da dinâmica familiar de membros com transtorno alimentar de anorexia nervosa, segundo o *Modelo Circumplexo* de Olson (2000).

2 O DINAMISMO DA IMAGEM CORPORAL

Desde os primórdios da conceituação da imagem corporal, considera-se que os aspectos psicológicos, sociológicos e fisiológicos estão envolvidos na sua construção e que considerando a dinâmica destes três pilares, é importante ter em conta o fato de que a imagem corporal estará em constante mutação na vida do sujeito. Com efeito, dependendo do contexto em que ele se encontra, vai experienciar o mundo e a si mesmo de maneiras variadas, para

estruturar sua identidade, com suporte na vivência de suas sensações (SHILDER, 1935). Assim, a imagem corporal consiste em uma elaboração fundamental para a estruturação da identidade do sujeito (NOVAES, 2006).

Confirmando este pensamento, Tavares (2003) ressalta que o desenvolvimento da imagem corporal é contínuo e varia de acordo com as experiências do sujeito, de sua interação social relacionada ao momento cronológico que vivencia. Isto posto, sendo a imagem corporal uma elaboração que se dá na relação constante entre o que é interno e o que é externo ao sujeito, o seu desenvolvimento está intimamente ligado à estruturação da identidade no âmbito de um grupo social. Portanto, a cultura na qual o indivíduo está inserido influenciará no estabelecimento da sua imagem corporal (MORGAN; VECCHIATI; NEGRÃO, 2002).

Neste sentido, a congruência que o sujeito elabora entre as experiências corporais e a sua realidade interna sustentará a sua identidade durante toda a vida (TAVARES, 2003).

A imagem corporal representa uma experiência essencialmente particular, que cada indivíduo vivencia de modo constante, dimensionando a partir dela, os sentidos de suas ações, de suas percepções e o fluir de seus impulsos. Essa imagem se refere, primordialmente, a identidade do ser humano, do ser corporal (TAVARES, 2003, p. 100).

O corpo se configura como instrumento de identificação e reconhecimento do sujeito em relação ao mundo e a si mesmo, e a imagem mental, percepção e sentimentos que ele elabora do próprio corpo, se constituem como sua imagem corporal. Com isso, o corpo é muito mais do que seu funcionamento biológico, pois nele se institui uma linguagem anterior à palavra propriamente dita, a qual está inserida num âmbito histórico e cultural (TAVARES, 2003).

Em se referindo ao âmbito social e familiar, Minuchin (1990) ensina que o desenvolvimento de cada civilização possui características estabelecidas segundo o consenso social de cada momento histórico, e a família vai se adequando às especificidades de suas demandas culturais ante as mudanças ao longo do tempo. Assim, o contexto sócio-histórico será transmitido em paralelo e por via do funcionamento particular de cada família, isto é, de suas fronteiras, papéis, segredos, ritos e mitos (MINUCHIN, 1990).

Uma das primeiras experiências do sujeito com o meio externo é com o alimento. Este caracteriza-se como peça-chave na relação entre mãe/cuidador e bebê, pois, dentre outras maneiras de interação, é por meio da alimentação que se instala uma relação de afeto, não só com a mãe, mas também com toda a família. Desde a primeira infância, os costumes e rituais da família com a comida traduzirão para a criança uma representação do ato de se alimentar,

que, por sua vez, traz consigo os sentimentos envolvidos na relação familiar (MENNUCCI; TIMERMAN; ALVARENGA, 2015).

Essa premissa aponta que a alimentação e a relação familiar estão intrinsecamente interligadas e revestidas de afeto. Na relação mãe/cuidador-bebê, inicialmente, a criança não diferencia os limites de si e do que é externo a ela, tendo a ideia de sua mãe/cuidador como parte de si mesma. Na medida em que o sujeito cresce e se desenvolve, a mãe/cuidador lhe atribui significados, assim como os membros da família. Isto é, na relação com o meio familiar, o modo como o bebê é olhado, tocado, como se fala dele e para ele – e nisto se inclui a alimentação e forma corporal – irá inscrever neste, uma diferenciação relativamente ao mundo e ao outro, considerada como fundamental para a constituição da subjetividade (FREUD, 1905/1966, 1915/1996; MENNUCCI; TIMERMAN; ALVARENGA, 2015).

Lacan (1966), acrescenta que o sujeito elabora sua imagem a partir do olhar do Outro. Em sua obra “O Estádio do Espelho”, o sujeito, em seu estágio primitivo de dependência básica do Outro/cuidador, será alvo de investimentos afetivos que lhe servirão de espelho para a elaboração da imagem de si e, então, de sua subjetividade. Com isso, a autoestima do sujeito será pautada na dependência do julgamento do Outro, que, no decorrer da vida, se canaliza para as relações sociais.

Neste sentido, faz-se necessário um movimento de separação, fundamental no desenvolvimento da identidade, em que a criança desenvolverá a própria concepção acerca de si mesma, por intermédio de suas experiências, possibilitando uma diferenciação da mãe, saindo do campo do Outro para assumir a posição de sujeito desejante (FINK, 1956; TAVARES, 2003; SOPEZKI; VAZ, 2008).

Sopezki e Vaz (2008), em artigo sobre a influência da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e dos transtornos alimentares, acentuou que a autoestima é um componente importante a ser observado no que se refere ao desenvolvimento dos transtornos alimentares. Expressou, também a ideia de que a formação da autoestima adequada está profundamente associada ao olhar de valorização de pessoas dos círculos de convivência da criança.

Ademais, a interação mãe e bebê, no que diz respeito à identificação das necessidades da criança nos momentos de demanda, pode ter repercussões negativas na elaboração da imagem corporal. Quando chora, o bebê demonstra para a mãe uma insatisfação. A identificação inadequada ou precipitada das necessidades do bebê pode contribuir para um padrão comportamental caracterizado pela noção distorcida de alimentação como fonte de afeto (RAMOS, 2008; SOPEZKI; VAZ, 2008).

Com efeito, o contexto familiar exerce papel fundamental na formação da subjetividade e, portanto, da imagem corporal, na medida em que, no desenvolvimento, a família transmite maneiras específicas de se relacionar, configuradas no cotidiano familiar e carregadas de significados, passados a cada geração (FRÁGUAS, 2009).

Tavares *et al.*, (2010), em sua análise das avaliações perceptivas da imagem corporal, exprimem a noção de que os problemas referentes à imagem corporal podem progredir, de moderada insatisfação e preocupação com o corpo, para uma preocupação extrema com a aparência física, levando a uma imagem corporal negativa. Assinalaram ainda, que a imagem corporal é subdividida em duas dimensões, a atitudinal, caracterizada por ações, sentimentos e pensamentos a respeito do próprio corpo, e a perceptiva, referente ao modo como o sujeito percebe seu corpo (TAVARES *et al.*, 2010; SATO *et al.*, 2011).

Versando sobre os distúrbios da imagem corporal, Sato *et al.*, (2011) consideram que estes são alterações graves e persistentes, que podem comprometer estas duas dimensões, perceptiva e atitudinal, acarretando sofrimento e/ou prejuízos psíquicos, sociais e físicos. Os autores salientam que o distúrbio da imagem corporal difere da distorção da imagem corporal, na medida em que o primeiro denota características atitudinais, configuradas como alterações graves e persistentes nos sentimentos e/ou pensamentos sobre o corpo e/ou nas ações acerca do próprio corpo e não somente no componente perceptivo.

2.1 Imagem corporal e sintoma alimentar

No contexto dos transtornos alimentares, mais especificamente na anorexia nervosa e na bulimia nervosa, tem-se como um dos critérios diagnósticos a alteração da percepção da imagem corporal (APA, 2014). Segundo Stenzel (2008), cada transtorno alimentar exprime uma dinâmica diferente no que diz respeito à dimensão perceptiva da distorção da imagem corporal. E esclarece, então, acerca da necessidade de investigar como o paciente vivencia a imagem do próprio corpo, destacando o fato de que o conteúdo emocional e social do discurso do indivíduo são determinantes no diagnóstico e no tratamento.

Do mesmo modo, não se pode considerar somente o aspecto da insatisfação corporal, como critério diagnóstico, pois, em razão do contexto histórico atual, evidencia-se o fato de que, em sua maioria as mulheres se mostram insatisfeitas com o próprio corpo, tornando este critério insuficiente para esclarecer a dinâmica singular da distorção da imagem corporal, específica de cada transtorno alimentar, ditando, novamente, o conteúdo subjetivo do discurso do indivíduo como fundamental neste seguimento (STENZEL, 2008).

Stenzel (2008) expressa que, na anorexia, a distorção da imagem corporal ocorre na alteração da função e do formato corporal, isto é, o sujeito não identifica adequadamente as funções vitais do corpo, indicando uma incongruência entre o que pretende e o que diz ser a demanda do corpo. Quanto à sua forma, há uma concepção corporal distorcida, de maneira a negar a magreza extrema, como também a superestimar as dimensões corporais.

Confirmando esta concepção, segundo a *American Psychiatric Association* (2014), a anorexia exprime dentre seus critérios diagnósticos, a “perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados”. Pessoas com diagnóstico de anorexia nervosa carecem de *insight* ou negam o problema da perda de peso e as consequências que isto acarreta à sua saúde. Neste sentido, na anorexia, o sujeito pode tanto negar a magreza acentuada quanto superestimar o formato ou o peso corporal, configurando modos diferenciados da distorção de imagem quanto ao seu conteúdo subjetivo, isto é, sensações da experiência individual em relação à percepção do próprio corpo (STENZEL, 2008).

Quanto ao tratamento da anorexia, em virtude desse fator de negação do transtorno, a família e a terapia familiar possuem importante relevância, favorecendo e contribuindo para a continuidade do paciente no tratamento (MARTINS; DINIZ, 2008).

Logo, entende-se o sujeito no âmbito do seu dinamismo, a maneira como interpreta suas relações, os sentimentos ligados a estas e o modo como percebe e interage com o mundo, são perpassadas suas primeiras relações – o sistema familiar (MINUCHIN, 1990).

A relação com o grupo primário é o ambiente onde se desenvolve a cultura familiar, definida por Elsen (2002) como um conjunto próprio de símbolos, significados, saberes e práticas que se definem com suporte nas relações internas e externas à família, e que determina seu modo de funcionamento interno e a maneira como a família desenvolve as experiências e interações com o mundo externo. Estas caracterizam-se pelas ações e interações do núcleo familiar, direcionadas a cada um de seus membros, com o intuito de alimentar e fortalecer o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar.

Minuchin (1990, p. 57), teórico de referência nacional no campo da Psicoterapia Familiar, afirma que a “família é um sistema que opera através de padrões transacionais e transações repetidas estabelecem padrões de como, quando e com quem se relacionar e estes padrões reforçam o sistema”. Assim, a família é concebida como um sistema que possui seu funcionamento baseado na interação de seus membros, estabelecendo arranjos comportamentais que podem ser explícitos ou implícitos. Os padrões são estabelecidos por meio de regras universais que governam a organização familiar. São os responsáveis pela

regulação do comportamento dos membros da família e, por vezes, são passados de geração a geração.

De acordo com esse médico psiquiatra e pediatra argentino (MINUCHIN, 1990), a estrutura familiar funciona como um conjunto invisível de exigências funcionais, que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem e seu funcionamento ideal deverá ocorrer em uma relação onde haja uma hierarquia de poder, onde pais e filhos tenham distintos níveis de autoridade e o papel de poder possa transitar entre os pais de maneira dinâmica e assertiva.

A família é, portanto, um sistema aberto e está em constante transformação em virtude da troca de informações que realiza com os sistemas extrafamiliares. As ações de cada um de seus membros são orientadas de acordo com as características do sistema familiar, as quais podem receber influências e mudar ante as necessidades e preocupações externas (MINUCHIN, 1990).

Elsen (2002) acrescenta que a família é um sistema social onde se unem conhecimentos, valores, crenças e práticas, no qual se desenvolve uma dinâmica de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus componentes.

Barros e Jaeger (2010) apontam que as dificuldades de funcionamento familiar são de grande importância etiológica para o transtorno da anorexia, sendo a influência familiar fator de predisposição e suscetibilidade para o transtorno alimentar, no entanto, consideram o caráter de complexidade patogênica desse distúrbio.

Minuchin (1990) exprime a ideia que, em famílias de anoréxicas, há uma complicação no processo de diferenciação entre seus membros, dificultando a ideia de identidade separada da matriz familiar, resultando em uma falha na percepção corporal.

Estudos dos últimos 30 anos comprovam que o contexto do indivíduo tem importante papel como referência de apoio social, aqui representado pela família, amigos, comunidade e instituições (MINUCHIN, 1990; SLUZKI, 1996). Portanto, não podemos pensar em transtornos alimentares distantes do grupo primordial no qual nos inserimos, isto é, a família. Alguns autores sugerem que podemos considerar o contexto familiar como um lugar onde é favorecido o aparecimento do sintoma e que compromete a manutenção deste. É importante salientar, entretanto, a noção de que não podemos assumir que esse contexto é o causador de transtornos alimentares (BRYAN-WAUGH; LASK, 1995).

O sistema familiar mantém a si mesmo, mostrando-se resistente a mudanças, em que muitas vezes é possível observar que age como se existisse um limite (preestabelecido) para a mudança e que se mantém nessa zona de conforto até a linha-limite, mantendo padrões

preferidos, desde que possíveis. Vale ressaltar o argumento de que qualquer mudança que ultrapasse o âmbito da tolerância do sistema, faz com que ele se incline de modo a criar mecanismos para restabelecer o funcionamento costumeiro (MINUCHIN, 1990). Assim, a estrutura familiar deve ser capaz de se adaptar quando as circunstâncias mudam e, com isso, responder às exigências externas e internas, a fim de buscar se adaptar de modo a atender à nova condição. Esse mecanismo promove um esquema de referência para os membros, o que colabora para fortalecer sua autonomia (MINUCHIN, 1990).

Os membros da família compõem os subsistemas familiares que, por sua vez, estão dentro de um sistema maior (família), formados por gerações, sexo, interesse e função. Por via desses subsistemas a que pertencem que os indivíduos aprenderão habilidades diferenciadas, de modo que cada membro faz parte de subsistemas diversos. Por exemplo: um homem pode ser ao mesmo tempo um filho, um pai, um primo, um marido, e assim por diante. Ante esses subsistemas, os membros percebem como devem agir de acordo com suas atribuições. Por exemplo: um pai deve agir como pai, um filho como filho e uma tia como tia. Os distintos subsistemas terão utilidade de manutenção importante na constituição da identidade, pois delimitam a posição de cada membro na família, além de transmitirem as representações sociais das atribuições familiares (MINUCHIN, 1990).

Entre os vários subsistemas, há fronteiras que consistem em regras definidoras de quem participa de cada subsistema e como, possuindo papel essencial na interação, seja intrassistêmico ou intersistêmico, são elas que irão proteger a diferenciação do sistema. As fronteiras caracterizam-se como um conjunto de regras determinantes de quais serão os participantes de cada subsistema da família, irão proteger a distinção do subsistema, além de garantir a sua particularidade, possibilitando o funcionamento eficaz do sistema familiar. As fronteiras têm ainda a função de ser o espaço de demarcação de troca entre sistema e ambiente, dos limites de um sistema em relação a outro. Para que o funcionamento familiar seja adequado, estas fronteiras devem ser nítidas (MINUCHIN, 1990).

Bowen (1976) externa um conceito chamado de massa indiferenciada, em que, por via da análise de relações simbióticas entre mãe e filho, no qual observou um estilo transacional, caracterizado como um sentimento de pertença que demanda uma renúncia à autonomia. Essa união em constante tensão está relacionada aos fatores externos que têm influência nas relações familiares e, segundo o autor, ela existe em todas as famílias, em variados graus de intensidade.

Para esse autor, todos os membros familiares nascem fusionados, ou seja, indiferenciados em relação à sua família, e, ao longo da vida, sua principal tarefa será cada

qual se diferenciar para alcançar autonomia e independência (BOWEN, 1976). Na família, as crianças experimentam tanto a pertença quanto a diferenciação, pois pertencer significa participar, sentir-se membro desta família, partilhar suas crenças, valores, regras, mitos e segredos. Entrementes, diferenciar refere-se à afirmação de sua singularidade, à sua individuação e ao seu direito de pensar e expressar-se, independentemente dos valores defendidos por sua família (NICHOLS; SWARTZ, 2007).

Problemas familiares relacionados à indiferenciação podem levar a um rompimento emocional dos pais, ocasionando a projeção do problema original em um dos filhos ou mais, transmitindo sua falta de diferenciação para eles, tornando-os mais vulneráveis a problemas (BOWEN, 1976; NICHOLS; SWARTZ, 2007).

Segundo a classificação de Minuchin (1990), as fronteiras se dividem em nítidas, difusas/emaranhadas e rígidas. As nítidas são responsáveis pela constituição de relações esclarecidas, nas quais, as pessoas dizem "sim" ou "não", objetivamente, e de acordo com as demandas surgidas. As fronteiras nítidas delimitam o espaço transacional onde cada um atua sem perder o contato com o outro e em interferência de outros, esclarecendo responsabilidades e autoridade de cada membro.

Já as fronteiras difusas/emaranhadas são constituídas de relações complexas e papéis confusos. Não restam estabelecidas claramente as funções de cada membro e a preocupação e a comunicação entre eles é pouca ou inexistente. É possível que haja um distanciamento afetivo emocional entre os membros. Neste caso, o espaço transacional onde os membros podem atuar não é claro. Por conta disso, há a invasão do espaço do outro, principalmente quando há conflitos. Não se diferenciam os papéis individuais dos familiares e conjugais. Os membros são tão misturados que um parece ser parte do outro (MINUCHIN, 1990).

No que diz respeito às fronteiras rígidas, o autor assinala que estas são compostas de relações distantes, nas quais as pessoas não se conhecem muito bem. Famílias com esse tipo de fronteira demonstram um comportamento de fechamento às mudanças. É frequente o distanciamento afetivo entre os membros do grupo familiar por excesso de apego às ideias, razões e crenças. Nesse modelo há uma delimitação excessiva do espaço transacional e, assim, fica restrita a comunicação, o que prejudica o exercício das funções de cada membro na estrutura da família. As consequências desse modelo podem ser vistas na comunicação escassa e relações distantes e difíceis.

Minuchin (1990) ressalta que a definição da fronteira diz respeito a um estilo transacional ou à preferência por um tipo de interação e não se refere necessariamente a uma

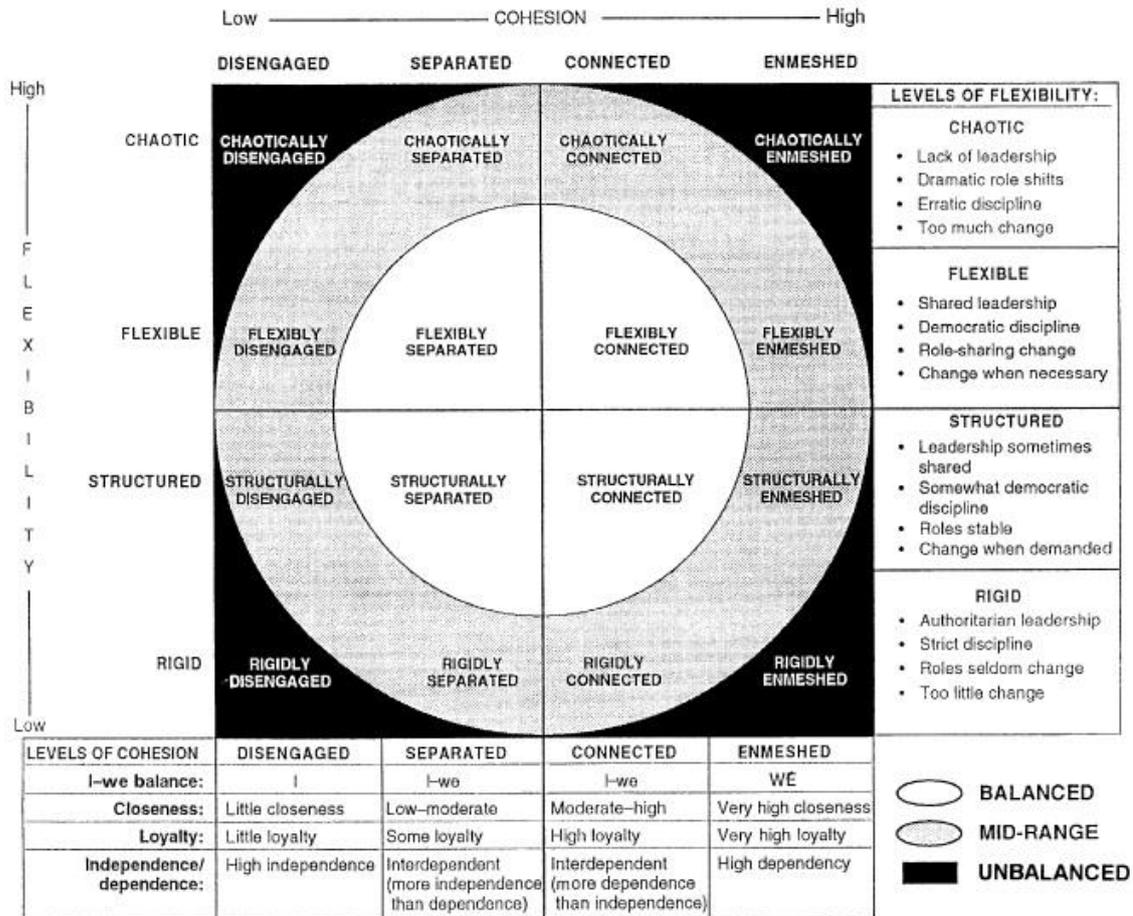
diferença qualitativa entre funcional e disfuncional. A atuação nos extremos, no entanto, é indicativa de possível doença e pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas.

2.2 Acerca do modelo circumplexo de olson

Olson (2000) elaborou uma ideia teórico-prática denominada *Modelo Circumplexo*, que ilustra as várias maneiras de interação dos membros da família, com suporte em três dimensões centrais do sistema familiar e da relação marital, os quais, são coesão, flexibilidade e comunicação. O *Modelo Circumplexo* de Olson (Figura 1) visa classificar os tipos de famílias de comportamentos funcionais e disfuncionais. É sensível, contudo, aos modelos de padrão familiar, considerando a diversidade e a especificidade cultural e étnica de cada civilização, assinalando que, na medida em que os membros da família comportem-se de acordo com seu funcionamento, esta não se enquadra como disfuncional.

Conforme as pesquisas de Olson (2000), estas três dimensões são consideradas de alta relevância, tendo como base as várias teorias sobre família e, por isso, pode ser um expediente muito útil para obter um diagnóstico relacional do sistema familiar e marital. O autor concebeu como base as diversas teorias familiares para elaborar este modelo, as quais concluíram que essas três dimensões são fundamentais para entender e tratar o sistema familiar e marital.

Figura 1 – *Modelo Circumplexo*: esquematização do sistema familiar e marital



Fonte: OLSON, D.H. (2000). p.148.

Coesão, neste caso, é definida como a ligação emocional entre os membros da família. Existem quatro níveis de coesão no contexto familiar: desligados, separados, conectados e emaranhados. Dentre estes, os níveis considerados pelo autor como equilibrados (separados/*separated* e conectados/*connected*) são característicos de famílias funcionais, enquanto os considerados desequilibrados (desligados/*desengaged* e emaranhados/*emmeshed*) são característicos de famílias disfuncionais (OLSON, 2000).

A flexibilidade é a capacidade de mudança de liderança, regras e papéis no relacionamento familiar. Os conceitos incluem liderança (controle e disciplina), modos de negociação, regras e papéis. O foco da flexibilidade está em como o sistema familiar lida de modo equilibrado em momentos de estabilidade e mudança. Existem quatro níveis graduais de flexibilidade: rígido, estruturado, flexível e caótico. Os níveis centrais de flexibilidade (estruturado e flexível) levam a um bom funcionamento familiar, ao passo que os níveis extremos (rígido e caótico) se tornam mais problemáticos ao sistema familiar ao longo do ciclo de vida (OLSON, 2000).

A comunicação funciona como facilitadora das outras dimensões, por ser instrumento de movimentação entre os níveis de cada dimensão. A comunicação familiar é mensurada concebendo aspectos característicos de um grupo, no que diz respeito às suas habilidades de escuta, de fala, autorrevelação, clareza e respeito e consideração. Em termos de habilidades de escuta, o foco está na empatia e na escuta ativa. Habilidades de fala incluem, falar por si mesmo e não falar pelos outros. A autorrevelação se refere à partilha de sentimentos sobre si mesmo e acerca do relacionamento. O respeito e consideração referem-se aos aspectos afetivos das habilidades de comunicação e resolução de problemas nas famílias (OLSON, 2000).

Famílias equilibradas em sua coesão permitem que seus membros possam ser conectados e, ao mesmo tempo, independentes, entre si. Em relação à flexibilidade, o equilíbrio familiar significa manter certo nível de estabilidade no sistema familiar com abertura para mudanças, quando necessário (OLSON, 2000).

De acordo com o *Modelo Circumplexo*, as famílias foram classificadas em equilibradas e desequilibradas em seus níveis de coesão, flexibilidade e comunicação. As famílias equilibradas, geralmente, irão funcionar de maneira mais adequada do que as desequilibradas. Considera-se que as famílias mais equilibradas possuem mais recursos e habilidades para mudar seu sistema de maneira mais adequada em momentos de crise, enquanto que as famílias desequilibradas não terão os recursos necessários para mudar, e, portanto, terão mais dificuldade em se adaptar a uma crise. Além disso, verificou-se que os sistemas equilibrados tendem a manter uma comunicação melhor, enquanto nos sistemas desequilibrados ocorre o contrário (OLSON, 2000).

A habilidade de comunicação ajuda a manter e facilitar o equilíbrio das outras duas dimensões (flexibilidade e coesão). A comunicação entre famílias equilibradas tende a ser uma interrelação mais positiva, em comparação às famílias desequilibradas. Em contrapartida, nos sistemas desequilibrados, a má comunicação impede seu movimento e aumenta as chances de manutenção do comportamento extremo. Para exemplificar, o autor traz uma pesquisa realizada, usando medidas observacionais da interação mãe-adolescente, na qual descobriram que as mães do grupo equilibrado tiveram taxas significativamente mais elevadas de comunicação de apoio, comunicação explícita e afeto positivo do que as mães no grupo desequilibrado (OLSON, 2000).

Não obstante, comportamentos extremos podem ser apropriados para certos estágios durante o ciclo de vida ou quando a família está sob estresse, porém podem se tornar problemáticos quando a família está imobilizada nos comportamentos extremos. O estágio do

ciclo de vida familiar e a composição da família terão um enfluxo considerável sobre o tipo de sistema familiar que, por sua vez, vai mudar para se adaptar às necessidades de desenvolvimento e estresse situacional (OLSON, 2000).

Quanto à disfuncionalidade do sistema familiar, quando o nível de coesão é muito alto, há um apego demasiado entre os membros e menos independência. No outro extremo, quando possuem um nível muito baixo de coesão, componentes familiares possuem ligação ou comprometimento limitados, existem independência extrema e menos envolvimento da família na vida de cada participante.

Com suporte neste modelo, problemas nas famílias, muitas vezes, ocorrem por causa de sua incapacidade de equilibrar separação (autonomia) e união (intimidade). Níveis muito altos ou muito baixos de coesão tendem a ser problemáticos para o desenvolvimento das relações e desenvolvimento individual a longo prazo (OLSON, 2000).

Em relação à flexibilidade, quando o relacionamento familiar é rígido, há a centralização da liderança em um indivíduo, tendo este a característica de ser muito controlador. Neste caso, a possibilidade de negociação é limitada e a maioria das decisões é imposta por um líder, os papéis são bem definidos e as regras não mudam (OLSON, 2000).

O relacionamento caótico é caracterizado pela liderança mal definida, as decisões são impulsivas e não pensadas, os papéis são confusos e, muitas vezes, mudam de um indivíduo para outro (OLSON, 2000).

Segundo Olson (2000), famílias severamente disfuncionais, muitas vezes, assumem posições extremas em relação à mudança. Geralmente, oscilam entre extremos de emaranhados/desligados e extremos de rigidez/caos. Ele assevera que aumentar a comunicação positiva na família pode facilitar a mudança do sistema familiar, mas, apesar de ser necessário melhorar esta habilidade, isto não é suficiente para causar mudanças nas dimensões de flexibilidade e coesão.

Olson (2000) garante que, em um modelo balanceado (área branca ao centro do quadro) os membros da família são capazes de experienciar os dois extremos de coesão, mudando seu tipo de sistema familiar para se adaptar a uma crise, no entanto, possuem mais facilidade em equilibrar a proximidade e a distância em relação aos seus componentes familiares.

Quando um membro da família decide mudar, a família deve se reorganizar para se adequar a esta mudança. Um exemplo comum que o autor expressa é quando a criança entra no período da adolescência, tempo no qual o indivíduo demanda mais independência. Nesta situação, o adolescente pode facilitar a mudança no sistema familiar em contraposição à

resistência da família para a mudança, pois interfere no padrão transacional desta (OLSON, 2000).

Pesquisa qualitativa realizada por Salvador Minuchin e seus colaboradores no início dos anos de 1970, fornece informações a respeito de um padrão familiar interacional que se repetia constantemente, com o papel de evitar um conflito, buscando manter o equilíbrio familiar. Atualmente, ainda é um dos estudos mais significativos e que mais contribuiu para a compreensão dos padrões de funcionamento de famílias de membros diagnosticados com anorexia nervosa (MINUCHIN *et al.*, 1978). Iremos utilizar esta pesquisa para entender os padrões com amparo no *Modelo Circumplexo* de Olson.

Nomeadas de famílias psicossomáticas, estas foram divididas de acordo com suas características. A primeira trazida por Minuchin *et al.*, (1978), a respeito do funcionamento das famílias de membros com anorexia, é a aglutinação. Neste sistema familiar, há enorme proximidade e bastante intensidade nas relações familiares, as fronteiras são mal estabelecidas, há pouca diferenciação entre os membros, o que pode resultar em desempenho inadequado de funções dos subsistemas, além de baixa delimitação da autonomia e falta de privacidade (MELO FILHO; TAVARES, 2010).

As famílias aglutinadas exprimem fronteiras difusas, os membros reagem exageradamente e se envolvem com os outros de maneira intrusiva. Pais com estas características dificultam o desenvolvimento de modalidades mais maduras de comportamento em seus filhos, interferindo na capacidade de resolução de seus problemas (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007), o que nos sugere a possibilidade de os filhos desenvolverem psicopatologias.

Esse modo de funcionamento pode ser posto no quadrante direito superior da figura (*chaotic enmeshed*), onde há um alto nível de coesão e flexibilidade. No *Modelo Circumplexo*, as famílias aglutinadas (*chaotic enmeshed*) no nível de flexibilidade são percebidas como caóticas, onde não há liderança, as mudanças nos papéis de cada membro são difíceis de acontecerem, os membros podem demonstrar dificuldade em lidar com ordem e disciplina e, por conta da ausência de regras, esse modelo familiar tem dificuldade de lidar com mudanças (OLSON, 2000).

No âmbito de coesão, esse modelo familiar traz uma proximidade muito grande entre os membros, o que proporciona elevado nível de lealdade entre eles e, por consequência, um alçado grau de dependência. Como ensina Olson (2000), níveis altos e baixos de flexibilidade são problemáticos para os membros da família, ocasionando dificuldade de manter relacionamentos a longo prazo.

Na tentativa de reorganização, a relação entre estresse e fracasso pode levar a uma disfunção familiar, a qual pode se refletir na dificuldade de lidar com situações problemáticas. Os fatores podem ser compreendidos como estressores, sejam eles ambientais, provenientes de circunstâncias externas, ou do desenvolvimento, como o nascimento de um filho, separação ou casamento dos pais. A dificuldade da família de lidar com as adversidades pode estar relacionada à falhas na estrutura familiar ou à incapacidade de seus membros se adaptar às situações (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007).

A segunda característica abordada sobre famílias de membros com anorexia foi a superproteção. Assim como nas aglutinadas, as famílias com características superprotetivas também possuem elevado nível de coesão, tendem a dificultar a diferenciação de seus membros, estes são hipersensíveis a sinais de tensão, denota preocupação em elevado grau entre si, podendo prejudicar o desenvolvimento, a autonomia, a competência e interesse dos filhos fora da família (MINUCHIN, 1990; FRÁGUAS, 2009; J.M.FILHO; TAVARES, 2010).

Podem ser localizadas no quadrante direito superior da figura (*chaotically connected*). Assim, quanto ao nível da flexibilidade, essa característica se enquadra em caótica. No grau de coesão, pode ser enquadrada em conectada, o que caracteriza proximidade elevada, alçado nível de lealdade, com seus membros interdependentes, ou seja, mais dependentes do que independentes (OLSON, 2000).

A rigidez foi outra característica expressa pelas famílias avaliadas no estudo, as quais denotam grande dificuldade de adaptação em fases de mudança e de desenvolvimento no ciclo de vida, com pouca flexibilidade e repertório limitado de respostas ante situações, comprometendo a autonomia adequada à idade dos filhos (MINUCHIN *et al.*, 1978; FRÁGUAS, 2009; MELO FILHO; TAVARES, 2010).

Seguindo a figura, a família possui baixo nível de flexibilidade, sendo classificada, segundo o *Modelo Circumplexo*, no quadrante direito inferior (*rigidly enmeshed*). Quanto à de coesão, essa característica se enquadra no nível emaranhado (*enmeshed*), onde há muita proximidade entre os membros da família, ocasionada por uma rigidez nas relações, a lealdade entre os membros é alta e há um elevado nível de dependência. Já a respeito da flexibilidade, esse modelo se enquadra na rigidez, onde há uma hierarquia clara e autoritária e um alto grau de disciplina. A troca nos papéis familiares é rara ou quase inexistente e a mudança é algo que não acontece com frequência.

De acordo com Olson (2000), as famílias disfuncionais tendem a ser famílias rígidas ou caóticas. No tipo rígido de modelo familiar, a tendência é de não haver negociação, pois, em

sua maioria, todas as regras são ditadas apenas por um membro da família, de sorte que, assim, as regras nunca mudam.

Por fim, Minuchin *et al.*, (1978) perceberam mais uma característica: a falta de resolução de conflito na família. Este sistema situa-se também no quadrante inferior direito da figura (*rigidly enmeshed*) e possui características específicas, relacionadas à dificuldade para negociar as diferenças, vulnerabilidade em circunstâncias externas, relacionadas a fatores ambientais ou à fase de desenvolvimento durante o ciclo de vida, ocorrendo muitas vezes a negação dos conflitos e problemas intrafamiliares ou provocando doenças psicossomáticas (FRÁGUAS, 2009; MELO FILHO; TAVARES, 2010).

A anorexia pode ser considerada, neste caso, como o mecanismo de proteção que a criança encontra para lidar com a dificuldade em atender as mudanças necessárias ao crescimento e evolução da família, sendo a proteção, um reforço para sua doença (FRÁGUAS, 2009; MELO FILHO; TAVARES, 2010).

Olson (2000) leciona que pouca mudança (sistema rígido) e muita mudança (sistema caótico) estão relacionados a padrões familiares menos funcionais. Em razão do que foi analisado sobre as características do funcionamento das famílias de membros com anorexia, percebe-se que há os dois extremos, no caso, ambos extremos disfuncionais.

No caso de famílias com características funcionais, estruturadas e flexíveis, estas tendem a ser mais funcionais a longo prazo. Elas possuem a tendência de relacionamentos mais saudáveis entre os seus membros, haja vista que sabem manter uma boa comunicação, conservam um bom senso nas negociações de papéis, nas tomadas de decisão e liderança, até mesmo incluindo as crianças (OLSON, 2000).

A família funcional se caracteriza por ser

“[...] predominantemente afetuosa, com boa comunicação, coesa, com regras flexíveis, porém com limites e fronteiras claros, dando aos seus membros os recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante das dificuldades da vida ou doenças intercorrentes” (LIDCHI; EISENSTEIN, 2010, p. 222).

Com origem no equilíbrio entre a proteção e a autonomia estabelecidos pela família, as crianças e os adolescentes irão desenvolver a confiança básica indispensável à organização de seu comportamento e à integração da autoestima (LIDCHI; EISENSTEIN, 2010).

Ante de um quadro de estresse, por exemplo, em conflitos de seus membros, o sistema familiar funcional tende a mudar seu funcionamento para conseguir lidar com tal dificuldade. É possível, inclusive, que a família mude o seu nível de flexibilidade e coesão para lidar com o fator conflituoso. A flexibilidade trazida pelo *Modelo Circumplexo* possibilita que as

famílias com padrões funcionais mantenham abertura e estabilidade para lidar com a mudança, quando necessário. Esse padrão funcional, dificilmente, é o que se mostra nas famílias que tem pacientes com anorexia, haja vista que as informações levantadas neste estudo, apontam dinâmicas familiares disfuncionais, em que os níveis de flexibilidade, coesão e comunicação restam comprometidos (OLSON, 2000).

É comum observarmos o fato de que, grande parte das pessoas com anorexia são do sexo feminino e, em geral, adolescentes (MORGAN; VECCHIATI; NEGRÃO, 2002; LIMA; ROSA; ROSA, 2012). A adolescência coincide com um período de mudança na vida de um indivíduo. No momento em que ele se descobre, frequentemente busca mais liberdade, independência e poder dentro da família. As possíveis pressões para a mudança expressas por um componente familiar podem facilitar a mudança para o sistema como um todo. Assim, mesmo que apenas um membro da família decida mudar, o sistema familiar, de alguma maneira, precisará se organizar ante aquela exigência. Caso os membros da família não estejam abertos a compreender as mudanças, é possível que o sistema familiar passe por altos níveis de estresse e insatisfação (OLSON, 2000).

Com efeito, é indiscutível dizer que se deve incluir toda a família no tratamento de transtornos alimentares, porquanto que, o que ocorre com um indivíduo que convive com uma família, não decorre apenas de condições internas a ele, mas também, de um intenso intercâmbio com o contexto mais amplo no qual está inserido; não só recebe o influxo desse ambiente como também atua sobre ele, influenciando-o (MINUCHIN, 1990).

3 CONCLUSÕES

Cada momento histórico denota um modo de representação do corpo e da beleza, relacionado às regras que regem o contexto sociocultural datado. Percebe-se que, ao longo dos anos, houve mudanças dos códigos sociais relacionados ao corpo, atribuindo-lhe outra visão.

As psicopatologias relacionadas ao corpo, no caso, a anorexia nervosa, faz parte deste contexto, em que seu tratamento e prevenção desafiam os profissionais de saúde que, por sua vez, tem sua intervenção contrária à atual representação social regada pelo discurso de perfeição corporal e pelas restrições, tabus e mitos alimentares. A família, como qualquer outra instituição social, está permeada pela cultura e é o meio primordial de transmissão dos costumes e leis da civilização. De tal modo, não podemos desconsiderar, pois, a ideia de que a cultura exerce um peso sobre a vida do sujeito.

Percebemos que o sistema familiar possui influência significativa na estruturação da identidade, na medida em que, é por intermédio da dinâmica familiar que o sujeito passará pela diferenciação e elaboração da imagem corporal, o que lhe possibilitará autonomia e capacidade de lidar com as adversidades e frustrações ao longo da vida.

Na anorexia nervosa, esta função está comprometida, produzindo grande sofrimento psíquico ao paciente e à sua família. A Teoria Sistêmica favorece a compreensão da complexidade do indivíduo em seus vários papéis nos subsistemas familiares e no tratamento de psicopatologias, como a anorexia nervosa.

Isto sinaliza o modo como o componente subjetivo, isto é, a elaboração da imagem corporal, a maneira como o sujeito fala e sente a si mesmo, é indispensável para o tratamento do transtorno da anorexia, pois, independentemente dos critérios diagnósticos, o discurso sobre o sofrimento e acerca da história de vida de cada sujeito é singular. Assim como, considera-se a importância dos aspectos familiares para a maneira como o sujeito expressa o sintoma, já que a construção da sua imagem corporal está ligada à sua relação familiar e a seu lugar na família, ou seja, como o sujeito se coloca entre seus familiares e como estes o posicionam.

Com o *Modelo Circumplexo* de Olson podemos identificar outros meios para o entendimento sobre a dinâmica familiar e seus padrões de interação. Ao analisar a maneira como os padrões das famílias de membros com anorexia nervosa funcionam, constatamos que existe uma transação que se repete, esta dificulta e, ao mesmo tempo, mantém o sintoma.

Esta é uma tática valiosa para se avaliar e planejar um tratamento direcionado e adequado para cada contexto familiar, onde possam ser trabalhadas, a comunicação, a coesão e a flexibilidade. Um processo psicoterapêutico familiar é essencial no tratamento de padrões familiares psicossomáticos, pois é nessas circunstâncias que a família se dará conta de suas dinâmicas disfuncionais. Nesse processo, não só a paciente com anorexia estará em pauta, mas também toda a família, haja vista que a psicoterapia não buscará apenas reduzir ou extinguir padrões disfuncionais ou sintomas, mas sim direcionar, sistemicamente, a família a manter e criar outros padrões funcionais.

REFERÊNCIAS

BARROS, C. A. S. M., JAEGER, M. A. Família magra, família purgativa. In: MELO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BOWEN, M. Theory and practice in psychotherapy. In: GUERIN, P. J. (Ed.). **Family therapy: Theory and practice**. New York: Gardner Press, 1976.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Org.). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 7, n. 4, p. 255-263, 2000.

FINK, B. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998. (Original publicado em 1956).

FRÁGUAS, M. F. Famílias e transtornos alimentares. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. e colaboradores. **Manual de terapia familiar**. São Paulo: Artmed, 2009.

FREUD, S. Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas completas: Edição Standard Brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7. (Original publicado em 1905).

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Obras psicológicas completas: Edição Standard Brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14. (Original publicado em 1914).

_____. A dissolução do complexo de Édipo. In: **Obras psicológicas completas: Edição Standard Brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19. (Original publicado em 1924).

HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, p. 13-7, 2002.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, J. **Escritos**. Trad. V. Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Original publicado em 1966).

LIDCHI, V. E.; EISENSTEIN, E. Adolescentes e família no contexto médico. In: MELO FILHO, J. ; BURD, M. e Col. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

LIMA, N. L.; ROSA, C. O. B.; ROSA, J. F. V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 360-378, 2012.

MARTINS, T.; DINIZ, T. C. V. C. Terapia familiar sistêmica dos transtornos alimentares In: NUNES, M. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MELO FILHO, J. TAVARES, F. M. Comentário ao trabalho de Minuchin e Colaboradores, "Psychosomatic families. In: MELO FILHO, J. ; BURD, M. (Orgs.). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MENNUCCI, L. S.; TIMERMAN, F.; ALVARENGA, M. Como a subjetividade afeta o comportamento alimentar? In: **Nutrição Comportamental**. Barueri, SP: Manole, 2015.

MINUCHIN S. *et al.* A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. **Arch Gen Psychiatry**, v. 32, p. 1031-1038, 1975.

MINUCHIN, S. **Família**: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MINUCHIN, S.; ROSMAN, B. L.; BAKER, L. **Psychosomatic families**: Anorexia nervosa in context. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1978.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, p. 18-23, 2002.

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia familiar**: conceitos e métodos. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NOVAES, J. de V. **O intolerável peso da feiúra**: sobre as mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Ed. da PUC-Rio: Garamond, 2006.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Padrões de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa restritiva e bulímica: semelhanças e diferenças. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, UERJ, ano 8, n. 3, p. 712-743, 2º sem. 2008. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a12.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2017.

OLSON, D. H. Circumplex model of marital and family systems. **Journal of Family Therapy**, v. 22, p. 144-167, 2000.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 31, n. 4, p. 158-160, 2004.

RAMOS, M. Família e Anorexia. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3.,; CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 9. **Anais...** 2008. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii_congresso/mesas_redondas/familia_e_anorexia.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2016.

SATO, P. M. *et al.* A imagem corporal nos transtornos alimentares: como o terapeuta nutricional pode contribuir para o tratamento. In: ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. (Orgs.) **Nutrição e transtornos alimentares**. Barueri: Manole, 2011.

SLUZKI, C. E. **Novos Paradigmas de Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SOPEZKI, D.; VAZ, C. E. O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 267-275, 2008.

STENZEL, L. M. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. Barueri: Manole, 2003.

TAVARES, M. C. G. C. *et al.* Avaliação perceptiva da imagem corporal: história, reconceituação e perspectivas para o brasil. **Psicologia em Estudo.**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 509-518, jul./set. 2010.