

# **Dando *corpo ao corpo* na Anorexia Nervosa: Aplicação dos princípios teóricos e de técnicas da Psicoterapia Corporal à Anorexia Nervosa**



Maria Xavier de Araújo

Setembro de 2018

# **Dando corpo ao corpo na Anorexia Nervosa: Aplicação dos princípios teóricos e de técnicas da Psicoterapia Corporal à Anorexia Nervosa**

**Maria Xavier de Araújo**

## **Resumo**

Apesar do corpo constituir um elemento chave nas Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), as intervenções orientadas para o corpo não estão presentes em muitos tratamentos específicos para esta patologia. Alguns estudos sugerem a eficácia destas intervenções, contudo são ainda muito escassos os estudos de eficácia.

Neste sentido, este trabalho pretende, não só, rever estudos sobre a aplicação de terapias/intervenções corporais na Anorexia Nervosa, discutindo a sua pertinência e eficácia, como também fornecer alguns resultados exploratórios sobre a aplicação de estratégias corporais a um grupo de duas pacientes com Anorexia Nervosa, com história prolongada de doença, no âmbito de um tratamento residencial. Através da análise qualitativa dos registos das participantes destaca-se o aumento da consciência corporal no decorrer do processo, acompanhado por uma perceção da imagem corporal mais realista. Em termos de satisfação, as participantes relataram benefícios significativos para o seu processo de recuperação.

## **Enquadramento teórico**

Não obstante os inúmeros estudos, a Anorexia Nervosa continua a ser considerada uma doença psiquiátrica muito desafiante com um pobre prognóstico, sabendo-se que dos pacientes que sobrevivem, menos de 50% recuperam (Steinhausen, 2002). A investigação atual apresenta lacunas quer sobre a eficácia das intervenções terapêuticas (Fairburn & Harrison, 2003), quer na compreensão do processo de recuperação (Woods, 2004).

Em termos de tratamento, a recuperação física precede sempre a recuperação psicológica. Nos estudos publicados, a recuperação de peso (normalização do peso) é atingida mais rapidamente do que a recuperação psicológica (das cognições relacionadas com o peso/alimentação), sendo encontrada uma diferença de 57 meses para 79 meses, ou seja, uma diferença em média de quase 2 anos (Strober, Freeman & Morrell, 1997). Estudos indicam que muitas vezes a recuperação ao nível da distorção da imagem corporal permanece por longos anos, senão para sempre.

O corpo constitui assim, sem dúvida, um elemento chave nas Perturbações do Comportamento Alimentar, mais especificamente na Anorexia Nervosa, caracterizada, segundo o DSM-5, não só pela “a) restrição da ingestão de energia levando a um significativo baixo peso corporal no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física, como também pelo b) medo intenso do ganho de peso e pela c) perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na auto-avaliação; ou persistente falta de reconhecimento da seriedade do atual baixo peso corporal” (APA, 2013).

Não só a percepção do tamanho e formas corporais aparece comprometida, como também a capacidade para perceber sensações do corpo e para as integrar conscientemente de forma realista, gerando não só uma falta de comunicação entre o corpo e a mente como também experiências corporais negativas (Probst, Coppinolle & Vandereycken, 1997).

Neste sentido, uma consciência corporal adequada parece um fator essencial para a recuperação, especialmente na prevenção de recaídas (Wallin, Kronovall & Majewski, 2000).

A Psicoterapia Corporal Biodinâmica, fundamentando-se na existência comprovada de uma correlação estreita entre a mente e o corpo, considera e aborda o indivíduo como uma unidade psicossomática: o que afecta o corpo afecta a mente e o que afecta a mente tem repercussões no corpo. Com efeito, as defesas psicológicas, que todo o ser humano constrói na infância e consolida na adolescência como modos de sobrevivência, permitindo-lhe lidar com o sofrimento e as repressões, por vezes, agressões do meio envolvente, estão também gravadas no corpo (Tonella, 1999). Ajudar o paciente a recuperar essa vasta memória corporal e a interpretar o correspondente significado psicológico é um dos objetivos deste modelo psicoterapêutico. As defesas psicológicas traduzem-se no corpo sob a forma de padrões de tensões musculares crónicas, que inibem a auto-expressão e a espontaneidade e que reduzem, em maior ou menor grau, o fluxo energético para as zonas do corpo situadas para além dessas barreiras de tensão muscular, com a consequente sobrecarga energética de outras zonas e com impedimento da natural descarga.

Este modelo psicoterapêutico, criado a partir do trabalho de Wilhelm Reich, discípulo de Freud, posteriormente desdobrado por Alexander Lowen e John Pierrakos e

desenvolvido por Gerda Boyesen e David Boadella privilegia assim o trabalho ao nível da consciência corporal.

Numa perspetiva reichiana, o ser humano é visto como expressão de uma energia (orgone), que está presente desde a formação do óvulo e dos espermatozóides, num contínuo movimento de pulsação que se soma a outras energias internas e externas (Volpi, 2008). As etapas do desenvolvimento emocional de uma pessoa estão relacionadas com este processo de pulsação e seguem uma sequência lógica, composto pelas seguintes 5 etapas: 1) sustentação; 2) Incorporação; 3) Produção; 4) Identificação; 5) Estruturação do carácter. Após a conclusão destas etapas ocorre o estabelecimento do carácter, ou seja, a forma como o indivíduo reage às situações que lhe são impostas pelo mundo (Reich, 1995).

Segundo Navarro (1995), as frustrações mais marcantes nas pessoas com Anorexia Nervosa podem ter ocorrido nas etapas iniciais de desenvolvimento, nomeadamente, nas etapas de incorporação e sustentação, levando ao que este autor denominou de traço de carácter chamado de duplo núcleo psicótico, que seria a união do traço de carácter núcleo psicótico mais o oral. Para este autor, a instalação do núcleo psicótico dá-se no período fetal ou nos primeiros dez dias de vida (estágio ocular referente à etapa de sustentação descrita anteriormente) devido a uma carência de contacto, de comunicação, de calor, de amamentação, de *maternagem*: uma rejeição percebida pela criança energeticamente. Os traços caracteriais orais originam-se nos primeiros três ou quatro meses de vida e são caracterizados principalmente pela dificuldade de contacto manifestada na forma de dependência ou agressividade oral. Estes indivíduos possuem uma grande agressividade inconsciente, acompanhada de inveja e passividade. Porém, a jovem com Anorexia Nervosa reprime de forma consciente essas pulsões, pois não quer reconhecer suas fraquezas. Também é evidenciada nesses casos uma recusa na identificação com a mãe, com o feminino.

Para Lowen (1982), o indivíduo com uma estrutura de carácter oral apresenta uma personalidade com vários traços típicos da primeira infância onde ouve uma falta de satisfação, levando a uma fixação nesse nível de desenvolvimento. O autor descreve estes traços como uma fraqueza, que resulta numa dependência aos outros, uma agressividade precária e uma sensação interna de que precisa ser apoiado, cuidado e carregado pelos outros. Esta tendência a amparar-se em alguém, segundo Lowen (1982), muitas vezes é ocultada por uma atitude de independência exagerada.

De acordo com a Psicoterapia Corporal, todos os acontecimentos vividos durante a nossa vida são registados no nosso corpo, e podem ser trabalhados a partir dele. Os registos que são feitos nessas fases, as marcas que resultam do seu desenvolvimento ficam gravadas no corpo e na mente e irão contribuir para a formação da couraça psíquica e do carácter ou traços de carácter de cada pessoa (Volpi, 2003). A couraça é uma estrutura de defesa, uma armadura contra os perigos internos e externos que ameaçam o equilíbrio de uma pessoa. Mas essa finalidade, a possibilidade de se defender, resulta com frequência num endurecimento crónico, por isso fica clara a ligação da couraça psíquica com a couraça muscular, que acaba por limitar a possibilidade de expansão e de aprofundamento (Navarro, 1995). Assim, o trabalho terapêutico deverá incidir na estabilização, segurança e fronteiras claras (necessário para o carácter esquizóide) bem como atender às necessidades e aprender a tolerar emoções no sentido de uma gradual individualização (no sentido do carácter oral).

Segundo Gowers e colaboradores (2002), apenas 66% dos países europeus integram intervenções orientadas para o corpo nos tratamentos para as PCA. Vancampfort e colaboradores (2013) realizaram uma revisão sistemática no sentido de identificar evidências de eficácia de diferentes terapias/intervenções corporais com pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa. Dos 29 artigos encontrados, apenas 8 estudos apresentavam métodos randomizados e controlados, com comparação com condições de controlo e diagnóstico estandardizado estabelecido. Estes 8 estudos demonstraram que intervenções como exercício aeróbico, massagens, ioga e terapia de consciência corporal reduzem os níveis de patologia alimentar e sintomatologia depressiva em ambos os diagnósticos. Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanares, Martinez-de-Salazar-Arboleas e Sanchez-Guerrero em 2011, num estudo com 28 pacientes com Anorexia Nervosa, em que apenas 14, para além do tratamento habitual, frequentaram um grupo terapêutico de consciência corporal durante 7 semanas, encontraram diferenças significativas a favor da incorporação da terapia corporal. Contudo, anteriormente, Fernández, Turón, Siegfried, Meermann e Vallejo (1995) não encontraram diferenças significativas entre 2 grupos de intervenção com pacientes com AN (Abordagem cognitivo comportamental mais Familiar versus Abordagem cognitivo comportamental mais Psicoterapia corporal)

A escassez de estudos, as limitações metodológicas associadas a muitos dos poucos estudos existentes e alguns resultados aparentemente contraditórios têm tornado cada vez mais relevante a realização de mais estudos. Os estudos encontrados avaliaram a

eficácia em tratamento ambulatorio, não tendo sido encontrado qualquer estudo com doentes internados.

Com efeito, este estudo exploratório tem como finalidade identificar eventuais potencialidades decorrentes da aplicação de estratégias corporais a um grupo de 2 pacientes com Anorexia Nervosa, com história prolongada de doença, no âmbito de um tratamento de internamento residencial.

## **Método**

A Psicoterapia Biodinâmica é baseada no conceito de saúde vibrante, respiração, carga e descarga de energia, movimento livre e espontâneo. Neste sentido, elaborou-se um plano de 9 sessões de intervenção em grupo, com enfoque em todos estes conceitos.

Esta intervenção foi aplicada a 2 jovens com Anorexia Nervosa (A. e B.) que estão integradas no programa de tratamento residencial para Perturbações do Comportamento Alimentar. Este programa de tratamento residencial tem como objetivo não só a recuperação clínica como também a reabilitação vocacional, ocupacional e social, integrando diferentes intervenções multidisciplinares. Para além do programa habitual, que inclui psicoterapia individual, psicodrama, grupo de *mindfulness*, de regulação emocional, terapia narrativa entre outras atividades terapêuticas de cariz ocupacional, foram introduzidas sessões cujo enfoque foi o trabalho corporal.

## **Descrição das participantes**

A jovem A. tem 27 anos com uma história prévia de doença de 12 anos (AN de tipo purgativo). Iniciou o tratamento residencial com um IMC de 11,9. É solteira, sem filhos, vive com os pais e irmã. A jovem B. tem 25 anos com uma história prévia de doença de 8 anos (AN de tipo purgativo). Iniciou o tratamento residencial com um IMC de 14,6. É solteira, sem filhos, vive com os pais e a avó.

## **Descrição da intervenção**

Foram realizadas 9 sessões, com a duração de 60-70 minutos. Cada sessão iniciava-se, num primeiro momento, por um balanço da semana em termos de conquistas e dificuldades e, num segundo momento, eram aplicadas estratégias de Psicoterapia Corporal com os seguintes objetivos:

1ª sessão: O objetivo desta sessão foi o de promover a consciência das sensações corporais, seguindo o princípio céfalo-caudal.

2ª sessão: Pretendeu-se nesta sessão não só alargar a consciência das sensações corporais como também das necessidades do corpo. Foi pedido às participantes mais movimento livre e espontâneo.

3ª sessão: Esta sessão teve como finalidade aumentar a consciência das participantes relativamente aos seus limites corporais, promovendo a sua exploração e a consciência dos limites corporais do outro.

4ª sessão: Pretendeu-se com esta sessão que as participantes tomassem consciência do seu processo de recuperação através do corpo, promovendo exercícios de paisagem corporal relativamente ao início do tratamento, ao momento atual e à paisagem corporal que gostariam de experimentar no futuro.

5ª sessão: Foi iniciado o trabalho corporal através do exercício do rolo.

6ª sessão: Foi continuada a sessão anterior, através do exercício do rolo.

7ª sessão: Foi continuada a sessão anterior, através do exercício do rolo..

8ª sessão: Foi realizada uma sessão de movimento incidindo sobretudo na cabeça, mãos e pés.

9ª sessão: Foi realizada uma sessão de movimento, promovendo movimentos mais ou menos amplos, mais ou menos espontâneos, criando diferentes formas com o corpo e aliando a vocalizações. No final foi proporcionado um momento de aconchego corporal em colchão, com toalhas e pequenos toques/massagens.

### **Avaliação da intervenção**

Foram recolhidos registos escritos de todas as sessões, assim como recolhidas observações de terapeuta observador, sem qualquer formação na área da psicoterapia corporal. No final foi administrado um pequeno questionário construído para o efeito com as seguintes 5 questões:

1. Desde que começou a fazer estes exercícios, como descreve a sua evolução?
2. O que foi ou tem sido mais difícil?
3. Alguma coisa que ocorreu ou tem ocorrido nas sessões que considera inovadora ou surpreendente? Se sim, qual ou quais?
4. Como classifica neste momento a sua capacidade para: a) tomar consciência do seu corpo; b) identificar e distinguir diferentes sensações físicas; 3) relaxar/sentir prazer; 4) perceber o seu estado emocional a partir do corpo; 5) perceber as suas necessidades corporais; 6) dar ao corpo o que ele precisa
5. Outras observações

Foi ainda solicitado a cada participante o desenho do seu auto-retrato inicial e atual.

## **Resultados**

No início da intervenção a Jovem A. auto-descrevia o seu corpo como “um cérebro num balão”. Relatava muitas dificuldades em tomar contacto com qualquer sensação corporal, tendo muita dificuldade na realização de qualquer exercício de respiração. Mostrava-se sempre muito reservada nas sessões de psicodrama, rejeitando qualquer papel ativo. Descrevia um bruxismo acentuada desde infância. A Jovem B. mostrava uma relação muito conflituosa e ambivalente com o corpo, ora cuidando dele, procurando maquilhar-se por exemplo, ora auto-agredindo-se. Apresentava constantemente os dedos das suas mãos a sangrar por estar sempre a retirar as peles de forma auto-lesiva. Relatava uma total incapacidade para relaxar.

Na primeira sessão, ambas relataram muita estranheza e dificuldade em escutar o corpo. Questionaram se os exercícios teriam de ser feitos de olhos abertos ou fechados. Optaram por mantê-los abertos, mostrando-se muito vigilantes entre si.

Na segunda sessão, as participantes foram já capazes de identificar desconforto no corpo (e.g. “dores nos ossos”). A jovem A. relatou ter conseguido identificar zonas de tensão e dores (especialmente nas posições de contacto dos seus membros com o chão). A Jovem B. relatou um maior relaxamento e despreocupação em relação à visão dos outros.

Na terceira sessão, as participantes relataram diferentes dificuldades em perceber/aceitar os seus limites corporais na relação com o outro. A Jovem A relatou ter muita dificuldade em identificar mudanças no seu corpo elucidativas dos seus limites, apesar da jovem B. conseguir notar estas mudanças nela. A Jovem B. conseguiu identificar os seus limites corporais, manifestando muita surpresa e desagrado (“achava que não tinha qualquer limite!”).

Na quarta sessão, ambas fizeram paisagens corporais atuais com o corpo totalmente em tensão, em desequilíbrio, conseguindo ambas identificar zonas de desconforto físico. A jovem A. escolheu para o futuro uma paisagem corporal mais relaxada (com o corpo encostado e apoiado num colchão). A Jovem B. apenas relaxou algumas partes do corpo, mantendo outras em tensão, com um dos pés pouco apoiado no chão e um braço elevado.

Na quinta sessão, ambas relataram muita tensão nos ombros e pescoço e uma grande dificuldade em colocarem os braços para trás. As vocalizações foram quase inexistentes. No final, relataram “agradável vibração nas mãos”, “alívio em todo o corpo, vontade de libertar gases seguido de ida ao WC”.

Na sexta sessão, ambas descreveram tensão no primeiro segmento (cervical), relatando, contudo, sensações de relaxamento e prazer no final, tal como os seguintes depoimentos evidenciam:

“Corpo e parte frontal tensa durante as primeiras posições, menor desconforto à medida que me fui concentrando na vocalização” Participante B

“No final um agradável arrepio por todo o corpo, pernas e mãos vibraram” Participante A

“Vontade de alongar todo o corpo, sensação de coração a bater no braço e mão direita” Participante A

Na sétima sessão, relataram ambas apenas tensão em segmentos inferiores (torácico, diafragmático), conseguindo vocalizações de mantras fluídos. Descreveram sensações agradáveis, tais como:

“agradável sensação de bem-estar e vibrações nas extremidades dos membros inferiores e superiores” Participante A.

“como um suspiro do corpo” Participante A.

“o coração a bater no antebraço direito, mão direita e pé esquerdo” Participante B.

“vontade de massajar o ombro e pescoço” Participante B.

Na oitava sessão, as duas participantes relataram experiências muito diferentes. Enquanto a participante B relatou “*muita dificuldade em movimentar-me de forma livre e espontânea*”, a Participante A. relatou no final “*sensação ímpar, confusa, descontrolada ... não pensei nos movimentos, vivi-os*”, tornando-se mais evidentes trajetórias de evolução diferentes.

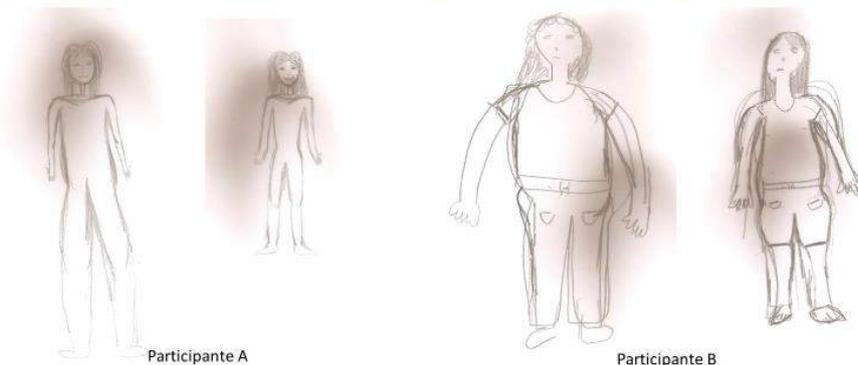
Na nona sessão, ambas relataram várias sensações corporais que tiveram ao longo dos diferentes exercícios pedidos, quer agradáveis quer desagradáveis. A Jovem A. relatou mais liberdade de expressão e novas sensações corporais (e.g. “*a vocalização de sons foi estranha pois senti que o meu corpo também vibrava*”). No final referiu ter conseguido relaxar e descansar o corpo. A Jovem B. relatou ter conseguido sentir maior liberdade de movimentos, ainda que tenha sentido “*muito constrangimento em emitir sons (medo de parecer ridícula)*”. Referiu ter-se sentido muito bem quando no final foi tapada e aconchegada.

No questionário final, a Jovem A. referiu que com o decorrer das sessões sentiu-se *“corporalmente mais livre, mais leve e espontânea”*. Refere ter aprendido a *“estar atenta ao corpo, a valorizá-lo e aceitá-lo”*. Refere que foi *“difícil identificar, reconhecer e perceber sensações corporais, conectar-se com a respiração, relaxar o maxilar, movimentar-se livremente, soltar o corpo sem julgamentos e superar a vergonha”*. Foi para si *“surpreendente sentir vibrações no corpo”*, não só na zona do peito como nas extremidades do corpo, após o exercício do rolo. Referiu *“maior capacidade para identificar, reconhecer e perceber o corpo (vejo-o como mais real e humano), maior capacidade para distinguir estados de tensão e de relaxamento, de desconforto e de conforto, maior capacidade para relaxar e sentir prazer sem culpa e maior capacidade de perceber as suas necessidades corporais”*. Referiu, no entanto, que ainda lhe é *“difícil perceber o seu estado emocional a partir do corpo”* (*“Ainda permanece emocionalmente congelado”*)

A jovem B. referiu que com o decorrer das sessões sentiu *“maior facilidade em libertar os movimentos, maior sensação de liberdade e de relaxamento, tendo contudo muita dificuldade em libertar-se, em não sentir os julgamentos por parte dos outros quando emitia ruídos”*. Foi surpreendente para si *“prestar atenção a pequenos detalhes do corpo (ex. sentir o pé a assentar no chão)”*. Referiu *“maior capacidade para procurar uma posição de maior conforto, para distinguir zonas de tensão acumulada mas dificuldades em encontrar movimentos que a façam sentir mais livre e relaxada, em perceber as necessidades corporais e dar ao corpo o que ele precisa”*. Gostava de *“ter mais massagens e trabalhar outras sensações físicas (fome, cansaço)”*.

No que diz respeito ao desenho da sua auto-imagem, como a Figura 1., a seguir representada, evidencia, o auto-retrato final de ambas é mais emagrecido e proporcional do que o auto-retrato inicial, ou seja, menos irrealista, parecendo ter havido uma diminuição da distorção da imagem corporal. Na participante B a distorção da imagem corporal é, contudo, ainda muito notória.

## Resultados (antes e depois)



**Figura 1.**

### **Discussão dos resultados e conclusão**

Apesar do caráter meramente exploratório deste trabalho, os resultados são sugestivos de poder haver uma inter-relação entre o trabalho corporal, as mudanças ao nível da perturbação da auto-imagem e da capacidade para tomar consciência das sensações físicas na Anorexia Nervosa, conforme estudos anteriores (Vancampfort et al., 2013). As duas participantes relataram mudanças ao nível da consciência corporal e, em algumas sessões, fizeram inclusivamente relatos que indiciavam o desbloquear de fluxo energéticos para além das zonas de tensão inicialmente identificadas (ao descreverem vibrações em todo o corpo e sensação de bem-estar nas extremidades). Estes relatos estiveram mais presentes nos registos da participante A, cuja evolução do índice de massa corporal foi muito significativa (de 11,9 para 14,5), ao contrário do que aconteceu com a Participante B, cujo peso se manteve

Os auto-retratos, inicial e final, sugerem também algumas mudanças ao nível da perceção da imagem corporal, que foram mais salientes na participante A, cujos relatos e IMC também traduziram maior evolução.

Contudo, o estabelecimento desta associação entre o trabalho corporal e a diminuição da sintomatologia alimentar com estas participantes é complexo, não só devido à concorrência de outras intervenções no programa de tratamento, como também devido aos próprios efeitos da extrema emaciação (ou recuperação da mesma), sendo impossível determinar a causa e o efeito.

Apesar desta dificuldade, este estudo exploratório permitiu evidenciar como o corpo ao longo das sessões passa a tornar-se real para estas pacientes (“Mais real e humano”), passando a haver lugar para a distinção, inicialmente, de sensações de tensão e de desconforto e, gradualmente, para a identificação de sensações agradáveis. Se os relatos destas participantes evidenciam evolução no sentido de uma maior consciência corporal, a evolução ao nível da consciência emocional a partir do corpo afigura-se como um passo mais complexo e ambicioso que não foi atingido com esta intervenção, mantendo-se a ideia de um corpo “emocionalmente congelado” Estudos futuros deverão debruçar sobre que estratégias corporais poderão ser aplicadas para este objetivo específico.

A descrição do processo permitiu também compreender a vivência destas doentes com esta patologia relativamente à necessidade de controlo e à estranheza perante o movimento livre e espontâneo, na presença do outro. Estudos futuros deverão debruçar-se sobre as vantagens e desvantagens do trabalho corporal em grupo (por oposição a um trabalho individual), tendo em conta a grande tendência para procurarem (des)aprovação dos outros e o medo e vergonha associados.

Hipotetiza-se ainda que o possível efeito diferenciado desta intervenção nestas duas participantes poderá estar associado ao facto de ambas se encontrarem, no início da intervenção, em estádios motivacionais da mudança muito diferente. A participante A. encontrava-se num estágio motivacional de ação enquanto a participante B. oscilava entre o estágio ora de contemplação ora de preparação para a ação. Estudos futuros seriam importantes para avaliar a utilidade deste tipo de intervenção em função dos diferentes estádios motivacionais iniciais para a mudança e também em função da severidade sintomática, nomeadamente a partir dos IMC de partida.

Por último, esta intervenção não contemplou momentos efetivos de toque ou de massagem, à exceção da última sessão em que se terminou com um exercício simples de holding. Uma das participantes ressaltou a necessidade de mais toque e massagem, podendo ser importante perceber como introduzi-lo nesta população clínica, em que o corpo é muitas vezes uma realidade ora “estranha e inexistente”, ora alvo de repulsa e agressão.

## Referências bibliográficas

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M.T., Martinez-de-Salazar-Arboleas, A. & Sanchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 617–626.

Fairburn, C.G., & Harrison, P. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361, 407-416.

Fernández, F., Turón, J., Siegfried, J., Meermann, R., & Vallejo, J. (1995). Does additional body therapy improve the treatment of anorexia nervosa? A comparison of two approaches. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 3(2), 158-164.

Gowers, SG, Edwards VJ, Fleminger S, et al. (2002). Treatment aims and philosophy in the treatment of adolescent anorexia nervosa in Europe. *Eur Eat Disord Rev*, 10: 271–280.

Lowen, A. (1982). *Bioenergética*. São Paulo: Summus.

Navarro, F. (1995). *A somatopsicodinâmica: sistemática reichiana da patologia e da clínica médica*. São Paulo: Summus

Probst, M, Coppenolle, V. & Vandereycken W. (1997). Further experience with the Body Attitude Test. *Eat Weight Disord*, 2, 100–104.

Reich, W. (1995). *A função do orgasmo: problemas econômico-sexuais da energia biológica*. São Paulo: Brasiliense.

Steinhausen, H-C (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.

Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339–360.

Tonella, G. (1999). *Análisis Bioenergetico. USA: Gaia Ediciones*.

Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Adámková M, Skjaerven LH, Catalán-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gómez-Conesa A, Ijntema R, Probst M. (2013). A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disabil Rehabil*, 35(26), 2191-6.

Volpi, J. H. (2008). *Crescer é uma aventura: desenvolvimento emocional segundo a psicologia corporal*. Curitiba: Centro Reichiano.

Volpi, J. H.; Volpi, S. M. (2003). *Psicologia Corporal: um breve histórico*. Curitiba: Centro Reichiano. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigos.htm>

Wallin U, Kronovall P and Majewski ML. (2000). Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *Eur Eat Disord Rev*, 8, 19–30.