



# TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DISOCIACIÓN

By Natalia Seijo

Psychologist specialized in Eating Disorders  
seijonatalia@gmail.com

SPANISH

## Resumen

Con frecuencia, la disociación está presente a diferentes niveles en los trastornos alimentarios (TA) y, si no es diagnosticada de manera adecuada, podría dificultar su tratamiento. En este artículo se plantea un análisis general de los trastornos alimentarios, en el que se explican su origen y sus peculiaridades más significativas. Se señalan muchas de las dificultades con las que se encuentran los profesionales, de manera que se pueda desarrollar un plan de tratamiento adecuado. Entender la relación entre TA y disociación es fundamental, ya que en muchas ocasiones, el tratamiento puede verse dificultado por la disociación de la personalidad subyacente.

## Introducción

La disociación en los TA fue reconocida inicialmente por Pierre Janet (1907/1965), primer autor en estudiar de modo específico la relación entre experiencias traumáticas y disociación en diferentes problemas psiquiátricos, incluidos los TA.

Janet (1965) señala que la disociación es una

respuesta psicósomática decisiva ante un trauma abrumador. Los recuerdos e ideas asociados con el trauma pueden separarse del estado consciente, dando como resultado una organización disociativa de la mente y una variedad de síntomas disociativos (Janet, 1907; Van der Kolk & Van der Hart, 1989).

En los TA, la actividad alimentaria disociativa se puede ver a nivel somático, cuando las pacientes con anorexia nerviosa (AN), corporalizan su trastorno a través de cambios corporales, tales como variaciones de peso y forma, y debido a éstos en cambios en las funciones corporales y el cese del ciclo menstrual. Estos cambios tienen lugar a medida que se desarrolla el trastorno y como resultado de la inanición. También en el trastorno por atracón (TPA) y en la bulimia nerviosa (BN) el cuerpo se va transformando como resultado de los atracones y las purgas.

La disociación se puede percibir en la poca conciencia que estas pacientes tienen de que su cuerpo es parte de sí mismas. En los TA, algunas partes están disociadas del cuerpo pero en los casos más graves como en AN o TPA, puede ser complicado encontrar partes que no rechacen el cuerpo y quieran ser parte de él. El cuerpo es el enemigo y esta es la razón por la que se disocian de él. Un ejemplo de esto es cuando las pacientes expresan comentarios como; "yo no siento que el cuerpo sea yo, es como una carcasa dentro de la que vivo", "estoy atrapada dentro de este cuerpo del que quiero salir y no puedo", "la auténtica yo es la que está dentro de este cuerpo en la que vivo enjaulada".

Otra manera de identificar la disociación es a través del rechazo que las personas que padecen TA desarrollan hacia el cuerpo, dando respuesta de este modo a las conductas autolesivas que les lleva al doble sentido del "estar"; por un lado poder sentir el propio cuerpo y por el otro canalizar la emoción de rabia que sienten contra él.

Después de Janet, el interés por el concepto de disociación en los TA desapareció durante más de medio siglo. Es en el 1979 cuando el psiquiatra británico Russell, informa de la presencia de partes disociativas en pacientes con BN. También Torem (1986) subraya la importancia de una exploración sistemática de síntomas disociativos y estados del yo en pacientes con TA.

La importancia de reconocer la disociación se hace plausible dada la frecuencia con la que se presenta. En los atracones y durante el ciclo atracón - vómito, en donde las pacientes describen estados disociativos y con frecuencia hablan de como se

sienten completamente desconectadas cuando realizan estas conductas.

Autores como Everill, Waller y Macdonald (1995) constatan este hecho y encuentran además que la presencia de sintomatología disociativa en la bulimia es indicativa de antecedentes de experiencias tempranas de abuso o de una pérdida significativa, lo que relaciona la presencia de disociación con trauma como Janet lo había hecho en su momento.

Muchos de estos estudios acerca de la presencia de disociación en los trastornos alimentarios se centran en el abuso en la infancia como base de estos trastornos. Sin embargo, la falta de cuidados, un control parental excesivo, la inversión de roles, el abuso emocional o el abuso de poder podrían ser precipitantes tanto de los TA como de la disociación.

Dentro de estas causas se incluye también un tipo de traumatización que a menudo se pasa por alto y está muy asociada a los TA, son los llamados "traumas ocultos". Éstos hacen referencia a los traumas silenciosos del día a día que resultan invisibles: los niños pueden resultar traumatizados por tratamientos médicos, prácticas de crianza y circunstancias que se consideran normales, incluyendo la incapacidad de desarrollar un apego seguro con su cuidador principal. Es muy posible nacer y crecer dentro de una familia cariñosa y atenta y tener una infancia aparentemente normal, y aún así resultar traumatizado (Robin Carr-Morse, Meredith Wiley, 2012) Por este motivo, reconocer este tipo de traumatización es de gran importancia para los profesionales que trabajan con estos trastornos, ya que facilita el entender cual es el funcionamiento del mundo interno en estas pacientes y ayuda a una mayor eficacia en el tratamiento.

El tratamiento con una estructura de TA ha de hacerse de afuera hacia dentro, esto es, trabajando a través de las capas más externas para alcanzar las más internas. Estas capas contienen partes y distintas defensas que se activan cuando el terapeuta intenta profundizar.

### Tipos de Disociación:

La disociación de la personalidad en los TA está habitualmente presente en diferentes grados y son diversas las formas en las que se puede manifestar. Dependiendo del grado de disociación, así varía su gravedad, de menos a más patológica. Este último puede mostrar la presencia del primer y más frecuente tipo de disociación.

**Disociación somática:** Es el tipo de disociación más frecuente en los trastornos alimentarios. El cuerpo es percibido como extraño, no sentido como propio. En cambio, es percibido como un enemigo contra el que hay que luchar o como partes anestesiadas que pueden ser percibidas en estados no propios a nivel biológico; "siento como mis piernas se derriten en la silla hacia los lados", "siento como después de comer mi cuerpo empieza a hincharse desde el cuello a los pies". Estas percepciones y sensaciones, que se viven como reales, pueden derivar en síntomas de despersonalización o desrealización por la angustia que generan.

**Fantasía disociativa:** Es un tipo de disociación muy habitual en los trastornos alimentarios. En muchos casos pasa desapercibida debido a la falta de conciencia por parte de las pacientes. Es una defensa utilizada desde la infancia como lugar seguro cuando el mundo real ha dejado de serlo. Esta fantasía habitualmente suele desaparecer a medida que vamos creciendo. Sin embargo, en las pacientes de TA, esta fantasía se convierte en parte de su mundo interno y se utiliza en el día a día. Tienden a cambiar su percepción de la vida real y se van a su mundo interno de fantasía donde la experiencia será diferente para ellas: "el otro día, volví mi mundo en el cual yo era la heroína: todo el mundo me aclamaba, me sentía importante y todos los personajes reconocieron mi victoria". Por lo tanto, uno de los principales objetivos terapéuticos es ayudarles a diferenciar la realidad de la fantasía, dado que llegan a confundir ambas experiencias. Con frecuencia, la función de esta fantasía es satisfacer necesidades no cubiertas en la vida real (Seijo, 2012).

**Distorsión de la imagen corporal:** Esta es una disociación psicoforme, es decir, de naturaleza mental. La paciente percibe su cuerpo en unas

dimensiones que no son las reales e idealiza un cuerpo con el que fantasea y que normalmente no suele corresponder con el real. Este tipo de disociación está asociado a la parte del yo rechazado a través del cual la paciente se ve como si tuviera un cuerpo rechazado del pasado que le angustia volver a tener (Seijo, 2012).

**Alexitimia:** Las dificultades relacionadas con este tipo de disociación se centran en discriminar y expresar sentimientos, así como en diferenciar estados emocionales. Las pacientes tienen problemas a la hora de describir sus sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales. Es un déficit central en los trastornos alimentarios. Los diferentes estudios han encontrado que el 69% de las pacientes con anorexia y el 50% con bulimia la padecen (Spina, Ortego, Ochoa de Alda y Aleman, 2002).

**Disociación somatoforme:** Esta se diferencia de la disociación somática en que no presenta una percepción distorsionada del cuerpo. En este tipo de disociación la paciente proyecta su malestar en múltiples síntomas a nivel físico que generan una mala calidad de vida. Ejemplos de estos síntomas serían: dolor abdominal, náusea, dismenorrea, irregularidades menstruales, etc.

### Partes disociativas

Dependiendo del grado de disociación se pueden distinguir diferentes partes dentro del mundo interno de las pacientes. El tratamiento requiere un esfuerzo para entender estas diferentes partes disociativas, su composición y su función.

Estas partes se encuentran con regularidad en las pacientes. A menudo, las personas que sufren de TA son personas sin vivencias infantiles, niñas que nunca lo fueron (Seijo, 2000). Son personas a las que se les ha tratado como pequeñas adultas desde que recuerdan, que han sido obligadas a asumir una responsabilidad y enfrentarse a situaciones que no eran adecuadas para su edad, lo que abruma su mundo interno y genera confusión. Ésto provoca un estado que no evoluciona y que en el futuro desarrolla comportamientos infantiles, rígidos o de congelación, más propios de una niña que

de una adolescente o una adulta. Las diferentes partes disociadas a menudo están presentes en los diferentes TA, especialmente en AN, TPA y BNNP.

Estas partes se describen a continuación:

**La niña que nunca lo fue** es la parte más dañada y la que más defensas suele generar. Es la parte que tiene como creencia "no acepto más límites que los míos". La que contiene el dolor y la frustración de haber tenido que aprender a hacer las cosas sola. Es la niña auto-suficiente, que se ha visto obligada a crecer y a convertirse en mayor desde pequeña, aprendiendo a auto-regularse y auto-controlarse a través de la comida (Seijo, 2012).

**La niña que no pudo crecer** es la parte que no pudo hacer un desarrollo madurativo adecuado y la que muestra comportamientos poco apropiados a la edad de la paciente. A través del TA ha encontrado la atención que no recibió y a través de la comida un modo de que se la vea. Es el estado que tiene como creencia "en esta casa hace falta enfermarse para que a una le hagan caso" (Seijo, 2012).

**La crítica patológica** es la parte que se comunica a través de las críticas continuas. Es la crítica interna que juzga y bloquea la autoestima de la paciente. Esta parte filtra la realidad desde lo negativo, con lo que la parte aparentemente normal (PAN) no es capaz de ver el lado positivo. La creencia principal en este estado es "nada esta bien en mí".

**El yo rechazado** es la parte que contiene la distorsión de la imagen corporal. Esta parte rechaza otra parte del pasado que representa un disparador para el rechazo. El espejo le devuelve la imagen de esta otra parte del pasado y es de esta manera como la persona continúa viéndose en el presente, aunque el cuerpo ya no sea el mismo cuerpo. Dependiendo de la paciente, esto puede mostrarse en diferentes niveles: desde una imagen corporal negativa que afecte al funcionamiento normal en la vida diaria de la persona, una distorsión de la imagen corporal en donde se pierde la perspectiva de las dimensiones corporales de tamaño y forma, hasta un trastorno dismórfico corporal en donde la paciente está completamente limitada por el cuerpo o una parte del mismo que considera defectuosa

(Seijo, 2010).

Esta parte está asociada a la imagen de sí misma que la PAN rechazaba en el pasado. Suele avergonzarse de ella y no quiere volver a ser esa niña nunca más. Ésta es la imagen que se interpone a la real y a través de la que se suele ver. Esta es la razón por la que estas personas ven el cuerpo como no es porque la realidad es que no lo ven.

**El yo escondido** es una parte muy frecuente en los TA que se desarrolla a temprana edad y está asociado a la creencia de "no me puedo mostrar ni destacar porque si lo hago me harán daño". Es una parte que protege el mundo disociativo interno escondiéndose, no exponiéndose ni mostrándose. Es posible que cuando la persona lo hacía en su pasado no le hacían sentir bien, tal vez era amenazante o hasta peligroso. De manera que el quedarse a la sombra acaba siendo lo más seguro (Seijo, 2012).

Ser conscientes como profesionales de estas partes disociadas, hace que se pueda crear una línea de trabajo que focaliza en cómo se estructura el mundo interno de las personas con TA, en vez de focalizar en el trabajo con la comida, que no es más que la punta del iceberg.

### Tratamiento

Los autores Rosen y Petty (1994) indicaron que cualquier tratamiento de personas con un TA debería incluir un elemento psicoeducativo que enseñara a las pacientes a reconocer su capacidad de disociar. Por eso, la toma de conciencia de las partes disociadas tranquiliza a las pacientes, ya que organiza y da nombre al caos interno que sienten.

Una vez más, se ofrecerá a la persona con TA todo el espacio y el tiempo que necesite. Esta será la regla de oro al trabajar con estos trastornos, dado que generará suficiente confianza en la relación y en el proceso terapéutico. Debe repetirse a lo largo del tratamiento, dado que es fundamental para conseguir buenos resultados.

Los trastornos alimentarios pueden generar

diferentes reacciones en los terapeutas, debido a la lentitud que requiere el obtener buenos resultados, el tiempo que se necesita y la paciencia que ha de tener el terapeuta. Confiar en el proceso en sí mismo, sabiendo que se darán momentos en la terapia en los que surgirán bloqueos y la terapia no será fluida, será uno de los grandes recursos para el terapeuta a la hora de dar más seguridad a todo el proceso. Será el profesional quien, siendo conocedor de que ésta es una fase más, dentro del tratamiento, podrá elaborarlo con la paciente para aumentar su motivación (tanto la de la paciente como la suya propia), ayudando a normalizar una situación que en muchas ocasiones tiene riesgo de abandono terapéutico si el propio profesional no la reconoce y encauza de manera adecuada.

Psicoeducar explicando las diferentes partes que aparecen en los TA, entre ellas la parte de la niña que nunca lo fue o la niña que no pudo crecer, valida a las pacientes porque se sienten vistas gracias al reconocimiento que sienten por parte del terapeuta. Sentirse vistas es una de las necesidades básicas de estas pacientes. A través de esta validación y su rol de figura de apego suplente, el terapeuta crea un vínculo paciente – terapeuta que ayuda a elaborar parte del camino para un tratamiento exitoso.

El trabajo a través de las capas más externas para llegar a las más internas nos ayuda a encontrar a la niña herida y su vulnerabilidad. Será necesario tener ésto en cuenta y ser cautelosos con las intervenciones que se apliquen en las diferentes etapas del tratamiento, para seguir así las tres fases: estabilización, tratamiento con recuerdos traumáticos e integración y transformación. La vulnerabilidad de la niña activa las defensas y puede complicar el trabajo terapéutico. El terapeuta debería saber que el trabajo con las diferentes capas y fases hará que salgan a la luz las defensas y las partes.

Para entender el esquema de trabajo con estos trastornos se puede utilizar la metáfora de “la alcachofa” ya que representa simbólicamente lo que el especialista en TA ha de tener en mente. Como ocurre con las alcachofas, las capas más externas son las más duras, las que más protegen, por ello en esta fase se ha de ir trabajando poco a poco a través de la psicoeducación. Ésto será una constante en el

tratamiento, ya que, en la mayoría de los casos estas pacientes carecieron de una figura de apego adulta y compasiva que comprendiese y explicase aquello que ellas no entendían.

Por otro lado, es fundamental identificar las creencias más limitantes y sustituirlas por otras más adecuadas para facilitar la regulación y organización del mundo interno. Cada parte tiene una creencia principal y reacciona en concordancia. Una vez que la PAN se hace consciente de esta creencia, será más capaz de reconocer las conductas, pensamientos y emociones que la acompañan. Este puede ser uno de los primeros desafíos en la fase de estabilización. Cambiar las creencias es un paso importante al trabajar con TA. Cómo actúan y reaccionan depende de esta red de creencias. El trabajo con estas creencias implica trabajar con las partes más jóvenes que las contienen. No es un trabajo fácil porque una vez que estas reacciones alimentarias quedan establecidas, se mantienen a través de procesos de aprendizaje (a menudo por condicionamiento clásico) volviéndose muy resistentes al cambio (Van der Kolk, 1987). El terapeuta tendrá que trabajar con las defensas y el apego porque estas partes más jóvenes activan defensas para proteger el mundo interior del dolor.

En esta primera parte del tratamiento, validar lo máximo posible a las pacientes mejorará la colaboración entre las partes. A su vez, la colaboración traerá compasión y comprensión de la función de estas partes como defensoras del mundo interior. Si la paciente puede entender ésto, su actitud cambiará y el trabajo será más fácil. El objetivo será conseguir que la paciente entienda que las partes son ella misma y que están ahí porque fueron necesarias en el pasado. Debemos ofrecer psicoeducación y explicar que tal vez la manera en la que las partes defienden el mundo interior ya no es adecuada hoy en día, pero fue adecuada en el pasado y probablemente ésta fue la razón por la que la paciente sobrevivió. Ser vista y reconocida genera sorpresa en el mundo interno. Sentirse validada a nivel emocional y aceptada tal cual es, no por lo que hace o cómo lo hace sino por ser quien es, desde la creencia sana de “esta bien ser como tu eres” Esta validación no se había dado antes en su vida y ahora al recibir apoyo puede sanar.



Esta intervención trabaja en sanar la desconfianza y la reparar las heridas de apego.

Una vez preparado el camino de elaboración en las primeras capas se continúa en el proceso de fuera a dentro:

#### Paso 1

Se nombran y describen las partes que conforman el sistema interno para que todas sean identificadas y poder así empezar a trabajar con cada una de ellas. El terapeuta debería reconocer y respetar el significado que la paciente le da al TA, cómo funciona la disociación como defensa y cómo el cliente puede cumplir las demandas de las partes intentando evitar el conflicto interior.

#### Paso 2

Se van identificando aquellos sucesos que a lo largo del tiempo han ido marcando la vida de la paciente y no solo en términos de trauma "T" sino también haciendo un buen análisis de los traumas "t", sobre todo aquellos basados en el trauma de apego y los traumas ocultos citados previamente. Estos recuerdos serán dianas importantes a ser reprocesadas con EMDR, y así ayudar a sanar y reequilibrar el mundo interno, recolocando y almacenando los recuerdos y la información que de ellos proviene de modo más adaptativo. Este proceso potencia la recuperación de las capacidades cognitivas tan mermadas en muchas de estas pacientes.

#### Paso 3

El trabajo con las partes disociadas lleva implícito trabajar con las creencias que las acompañan y que a su vez alimentan a cada una de ellas. Conocer e identificar estas creencias facilita el trabajo con las partes y la base que las sostiene. Unas de las preguntas que dan respuesta a estas creencias son en dónde aprendieron a "ser rechazadas", "sentirse inferiores", "comer para no pensar", "vomitar para no chillar" y qué dice éso de ellas o del mundo.

Esto es especialmente relevante con las partes más importantes, "la niña que nunca lo fue", "la niña que no pudo crecer", "la crítica patológica" ya que, son éstas las diferentes partes en las que la niña tuvo que disociarse para sobrevivir.

Estudiar de manera conjunta la función que representa cada una de las partes y la compasión de la PAN hacia ellas es crucial. Se debe identificar la parte que come, la que no come, cómo escucha su voz cuando está a la mesa, y si es más la voz de una niña caprichosa o es la parte más rígida de la niña. Hacer preguntas como: "¿qué hace que la niña no quiera crecer?", "¿cómo consigues convencerte esa parte de ti para que vomites?", (o no comas o te des un atracón...)

Ayudar a la PAN a que sea ella misma quien tome conciencia de las partes, su función y lo que representan, siempre poco a poco y a su ritmo, proporcionándole todo el espacio que ella necesite hará que poco a poco se vaya fomentando la integración y una mayor toma de conciencia.

#### Paso 4

Las defensas que protegen las partes y la sensación de bloqueo terapéutico son habituales en estos trastornos. Se trabaja dando espacio y voz a las partes que habitualmente no han podido mostrarse. Un buen ejemplo de esto es la parte que llamo el yo escondido. Cuando esta parte aparece en terapia, puede presentar distintas defensas. Una de mis pacientes describió a su yo escondido como si estuviera rodeada de una burbuja. Cuando empezamos trabajar en esta burbuja, se sintió muy enfadada y desconectada. Tuvimos que trabajar con mucho cuidado para acercarnos, pero lo que fue más impresionante es que primero tuvimos que trabajar con el yo rechazado porque era la burbuja misma. Un día, la paciente describió como la burbuja había reventado y dentro se encontraba todo el terrible abuso que había sufrido de niña. En ese punto de la terapia, el mundo interior estaba listo para lidiar con el trauma.

Como terapeutas que trabajan con TA, es muy importante ser consciente de cuándo tienen lugar las defensas porque protegen a las distintas partes, como he explicado previamente en la metáfora de la alcachofa que suelo utilizar para describir ésto.

#### Paso 5

El trabajo con las defensas también incluye el trabajo con la ira, emoción más frecuente en los TA, junto con la vergüenza, la culpa y la tristeza. El

trabajo con la ira es fundamental para desbloquear el mundo interno, y dar espacio a la expresión de aquello que necesita ser aliviado. El trabajo puede centrarse en las partes somáticas, ayudándoles a expresar en palabras lo que para ellas es traumático, en lugar de hacerlo a través de síntomas. Porque cuando no son capaces de hacerlo en palabras, este material no puede salir a la luz de forma sana y adaptativa.

Las partes somáticas se muestran través de la postura, los gestos o los síntomas físicos. Estas partes suelen ser partes infantiles, niñas que no pudieron expresar sus necesidades en el pasado y ahora se colapsan en el cuerpo. Cuando trabajamos con estas partes, el trauma resurge.

Este paso se elabora haciendo que la paciente tome conciencia a través del darle voz a los síntomas que se manifiestan. Se puede trabajar de diferentes modos; centrarse en el síntoma en sí, procesar un recuerdo somático a través de una diana de EMDR, o trabajar de aquellas maneras que ayuden a procesar y a dejar surgir lo que subyace detrás de cada una de las capas que protegen a la niña herida. Este es el objetivo terapéutico y el que reparará el trauma de apego.

Una vez que las partes van sanando, habrá que tener presente el duelo, dado que es una consecuencia natural de la integración (Van der Hart, Nihenhuis, & Steele, 2006). Esto hace referencia a la fase tres del modelo general de tratamiento orientado por fases.

### Paso 6

Cada una de las partes ha estado ahí durante mucho tiempo y tener que aprender a vivir, sin aquello que ayudaba a defender el mundo interno, es una experiencia difícil para muchas pacientes, aunque los efectos de defenderlo como solían hacerlo fuesen negativos. Después de darse cuenta del propio pasado traumático, existe la necesidad de hacer el duelo de esas experiencias, incluyendo todo lo que se perdió por ello y que aún puede faltar.

Permitir el desarrollo del duelo y anticipar sus posibles efectos ayuda a la paciente a normalizarlo y a tener presente cómo se sentirá en un futuro. De este modo se evitará confusión en la paciente y que llegue a pensar que sus reacciones internas se deben a una posible recaída o una vuelta atrás en la terapia.

Esto puede parecer contradictorio para el terapeuta. Esta experiencia necesitará ser elaborada durante el proceso terapéutico. Una buena manera de hacer esto es ofrecer a la paciente explicaciones adecuadas de lo que puede ocurrir durante el proceso.

### Conclusión

El reconocer y saber trabajar la disociación y sus diferentes aspectos y grados es básico en los TA porque se facilita el tratamiento y se previene la cronificación, tan habitual en estos trastornos.

El que los profesionales que trabajan con este tipo de trastornos puedan reconocer la disociación, es de gran importancia para poder guiar adecuadamente el tratamiento.

Al trabajar con partes en estos trastornos, lo que se debe de tener en cuenta, es que, todas las partes tienen una función. Mantener esto en mente puede prevenir complicaciones futuras en el tratamiento. Habrá que poner especial atención a la hora de hacer intervenciones en las que se haga uso de mensajes como: "extirpar esa parte", "sacar esa parte", o "eliminar esa parte", porque el resultado de este tipo de intervenciones puede tener efectos negativos e interferir en la mejoría. ■

---

## REFERENCES

- Everill, J., Waller, G., Macdonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 17(29), 127- 134.
- González, A., Seijo, N. & Mosquera, D. (2009). EMDR in Complex Trauma and Dissociative Disorders. Annual EMDRIA Conference: Looking back, Moving forward. Atlanta
- Janet, P. (1965). *The major symptoms of hysteria*. New York and London: Hafner. (Original work published in 1907.)
- Knipe, J. (1995). Targeting defensive avoidance and dissociated numbing. *EMDR Network Newsletter*, 5(2), 6-7.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, D., Schuder, M., & Bianchi, LL. (2006) From Infant Attachment Disorganization to adult Dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 63
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429 - 448.
- Seijo, N. (2012). EMDR and Eating Disorders. Workshop presentation at the EMDR Spain Association.
- Seubert, A. & Lightstone, J. (2009). The case of mistaken identity: Ego states and eating disorders. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR Solutions II For Depression, Eating Disorders, Performance and More* (pp. 193-198). New York: Norton.
- Torem, M. (1986). Dissociative states presenting as an Eating Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(2), 137-142.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders*. Philadelphia: Brunner/Mazel.