

상징과모래놀이치료, 제16권 제2호  
*Journal of Symbols & Sandplay Therapy*  
2025, 8, Vol. 16, No. 2, 1-32.  
doi <https://doi.org/10.12964/jsst.25004>

## **Eating Disorders, Trauma, and Childhood Wounds**

섭식장애, 트라우마, 그리고 어린 시절의 상처

**Natalia Seijo**

The Korean version of this article is followed.



## Eating Disorders, Trauma, and Childhood Wounds

Natalia Seijo \*

<Abstract>

Eating disorders have traditionally been addressed using symptom-centered behavioral models, often overlooking the deeper psychological structures involved in their origin and maintenance. This article proposes a clinical perspective grounded in the structural model of trauma and dissociation, which conceptualizes eating disorders as manifestations of an internal world shaped by unintegrated traumatic experiences and early attachment disruptions. It examines the protective function of symptoms, the role of the body as a somatic archive of traumatic memory, and the dynamics of non-integrated self-states and dissociative parts. Drawing upon clinical case analysis and theoretical evidence, the article argues that effective intervention must include work with the internal system, validation of each part involved, and the establishment of a secure therapeutic alliance. It concludes that only trauma-informed psychotherapy oriented toward structural integration can support profound and sustained recovery in individuals with eating disorders.

*Keywords* : *Eating disorders, Trauma, Structural dissociation, Attachment, Internal parts, Body image, Psychotherapeutic intervention*

---

\* Professor of the Master's Program in Eating Disorders, Complutense University of Madrid, Spain /  
E-mail: [info@nataliaseijo.com](mailto:info@nataliaseijo.com)



Copyright ©2025, The Korean Counseling Psychological Association  
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)  
which permits unrestricted non- commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## **I . Introduction**

Clinical practice has consistently shown that eating disorders (EDs) cannot be fully understood through a purely symptomatic or behavioral approach. These manifestations must be situated within a deeper relational structure, in which food and the body operate as vehicles for expressing an internal world shaped by dysfunctional attachment experiences. Individuals with EDs tend to relate to food in ways that mirror their attachment style, which is often unconsciously reproduced through their eating behavior.

From the earliest stages of life, the "secure base" serves as the organizing axis of the child's affective system. When this base is compromised by insecure, ambivalent, or disorganized attachments—as is frequently the case in individuals with EDs—food becomes a tool for emotional regulation, behavioral control, or affective dissociation. This logic is particularly evident in conditions such as anorexia nervosa, where the rejection of basic needs functions as an adaptive strategy in response to relational fear, or in binge eating disorder, where excessive intake is linked to emotional deprivation and compensatory strategies modeled by caregiving figures who used food as a substitute for affective presence.

This article aims to offer a clinical understanding of eating disorders from a relational trauma perspective, exploring how attachment styles manifest in eating behavior and how therapeutic intervention must be directed toward the reconstruction of internal relational safety, beyond the observable symptom.

## **II . Theoretical Framework**

### **1. Trauma and Dissociation in Eating Disorders**

From this clinical perspective, eating disorders should be understood as adaptive responses to early traumatic experiences, in which the body and food serve as symbolic containers for unspoken emotional pain. In such cases, trauma does not necessarily stem from overtly extreme events, but often arises from sustained relational experiences that exceed the developing child's psychological capacity for regulation—such as humiliation, emotional rejection, invalidation, excessive control, or pressures related to bodily ideals.

These experiences give rise to what is conceptualized as attachment trauma, the unprocessed imprint of which is embedded directly in the body. In this context, eating becomes a language through which the unspeakable is communicated. The statement "How bad my body looks is how bad I feel" encapsulates this dynamic. In many instances, the eating disorder

functions as a form of somatic dissociation: the individual rejects food, suppresses hunger, or engages in compulsive binge eating not as isolated behaviors, but as strategies for disconnecting from overwhelming sensations, emotions, or memories.

Individuals with anorexia, for example, use dietary restriction to block both physical and emotional needs, sustaining an ideal of control that shields them from emotional chaos. Avoiding food becomes synonymous with avoiding connection, denying the need for care and relational contact. In contrast, individuals with binge eating patterns often exhibit an emotional dependency on food as their sole available means of regulation and relief. At both extremes, dissociation serves a structural function of psychological survival.

The symptom should not be regarded as an adversary, but rather as an adaptive organizer that reflects the lack of internal cohesion and the inability to inhabit the body safely. Consequently, therapeutic intervention should not aim to eliminate the behavior itself, but to understand the message it conveys. The goal is not to impose change, but to accompany the integration of meaning and to facilitate the patient's reconnection with bodily sensations from a place of safety.

## **2. Typology of Trauma**

In clinical work with individuals affected by eating disorders, a wide range of trauma forms have been identified, which do not always manifest as singular or overtly traumatic events. Instead, they often present as chronic relational experiences that disrupt the development of attachment, self-image, and emotional regulation. Below is a provisional classification of the types of trauma and childhood wounds commonly found at the structural core of eating disorder symptoms:

### **1) Childhood Wounds and Attachment Trauma**

This form of trauma originates in insecure relationships with primary caregivers, marked by a lack of emotional attunement, emotional neglect, excessive control, or rejection. These relational patterns generate a deep sense of being unseen, undeserving of care, or lacking the right to exist. In such contexts, food becomes either a substitute for emotional connection or a tool to manage affective emptiness. These wounds are present across clinical presentations including anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder although they manifest differently in each condition.

### **2) Relational Trauma**

This category refers to repeated experiences of invalidation, betrayal, humiliation, comparison, judgment, or excessive demands (Schuder & Lyons-Ruth, 2004). Such experiences are internalized as critical voices, which in turn form unintegrated self-states or punitive internal

parts. These parts are responsible for maintaining rigid self-control or self-sabotaging behaviors. As a result, disordered eating behaviors become a means of responding to these internal voices—through restriction, purging, or compulsive eating aimed at alleviating the distress generated by self-criticism or shame.

### **3) Unresolved Grief**

Unprocessed losses often become sources of emotional pain that are displaced into eating-related symptoms. Grief represents a rupture that, when not integrated, is masked by the symptom as a way to generate a protective separation from suffering. In this context, the symptom becomes necessary to avoid direct contact with the pain of loss, resulting in a dependence on food—whether through restriction or overconsumption—as a means of emotional avoidance.

### **4) Complex Trauma**

This category involves prolonged exposure to physical, emotional, or sexual abuse, particularly during early developmental stages. Such trauma can lead to structural dissociation of the self, characterized by severe affect dysregulation and disturbances in body perception. In many cases, individuals who have experienced this type of trauma use disordered eating behaviors as mechanisms of punishment, protection, or disconnection from a body perceived as dangerous or contaminated.

### **5) Preverbal Trauma**

This refers to traumatic experiences that occur during developmental stages in which verbal language and symbolic representation are not yet available. These experiences are encoded directly into procedural memory and may later manifest through somatic symptoms, feeding difficulties, or aversion and phobia toward the body. In such cases, the symptom lacks a narrative, yet its presence signifies an untold story that the body continues to carry.

### **6) Transgenerational Trauma**

Although not always explicit, eating disorder symptoms often reflect unconscious loyalties toward family members who have themselves endured unresolved suffering. As observed in epigenetic studies, many caregivers who impose food restriction or overfeeding patterns on their children are marked by their own histories of trauma, hunger, body shame, or repression (Gustafson & Sarwer, 2004; Freyd, 2008). The transmission of these unintegrated experiences establishes a legacy that patients unconsciously replicate and express through their relationship with food and the body.

This classification is not intended to be exhaustive or mutually exclusive, but it offers a framework for guiding clinical assessment and understanding the diverse functions that eating disorder symptoms may serve as adaptive responses to psychological distress. Recognizing

these trauma typologies is essential for designing interventions that go beyond behavioral control to instead accompany and integrate the underlying narrative embedded within the symptom.

### **III. Clinical Modelization**

#### **1. Internal Parts and Their Adaptive Function**

##### **1) Structural Dissociation Model**

The understanding of eating disorders necessitates the integration of the structural dissociation model of the self, as many of the observed symptoms represent the activity of unintegrated self-state or internal parts expressed through disordered eating behaviors (van der Hart et al., 2006). In clinical practice, it becomes evident that such behaviors cannot be understood without first examining the internal system that sustains them.

These unintegrated states or internal parts are functional representations with distinct roles, motivations, and independent emotional memory. Their emergence is an adaptive response to traumatic experiences or the inability to integrate intense affective states during early development. In this context, eating becomes the arena in which these parts manifest and compete for control.

Each behavior, far from being arbitrary or inherently pathological, reflects the action of an internal part or self-state whose adaptive function was developed in response to unsafe, traumatic, or invalidating relational contexts. Though often in conflict with one another, these parts emerged as survival mechanisms in the absence of affective, relational, and somatic integration (van der Hart et al., 2006).

The following are among the most commonly identified internal parts in clinical work with patients experiencing eating disorders:

##### **2) Restrictive or Controlling Part**

Represents the child who was never allowed to be one. This part imposes strict rules around food intake as a means of maintaining emotional control. It is commonly associated with environments where loss of control was experienced as dangerous or traumatic. It rejects basic physical and emotional needs and upholds an identity founded on strength, rigidity, and the denial of vulnerability. In anorexia, this part functions to suppress needs as a strategy for emotional detachment: not needing becomes synonymous with strength and safety. Its primary aim is to exert control in environments perceived as unpredictable or threatening.

### **3) Impulsive or Self-Indulgent Part**

Represents the child who was never allowed to grow. This part seeks immediate relief through food in response to emotional distress. It is frequently observed in bulimia nervosa and binge eating disorder and typically enters into conflict with the controlling part, generating cycles of impulsive behavior followed by self-reproach or punitive actions. It activates in response to states of inner emptiness, sadness, anger, or loneliness, functioning as a direct reaction to internal disconnection or repression imposed by the controlling part.

### **4) Critical or Punitive Part**

Replicates the disparaging, demanding, or punitive messages of attachment figures. This part monitors, evaluates, and sanctions the entire internal system, reinforcing feelings of guilt, shame, or inadequacy. It is one of the most clinically challenging parts to regulate, yet its protective function is essential to understand. It internalizes the voices of punitive or shaming caregivers. Its role is to prevent error, shame, or rejection often through self-directed contempt or chronic invalidation. A key clinical insight is that this part seeks protection by amplifying internal criticism to reduce the perceived threat of external aggression. Psychoeducating patients about this function is vital in helping them regulate self-punishment—a defense that, although once adaptive, becomes harmful over time, ultimately manifesting as a destructive inner dialogue.

### **5) Body Image-Distorting or Rejected-Self Part**

This part sustains body image distortion as a means of displacing unprocessed emotional content. While its behavior may appear harmful, its underlying function is to prevent deeper suffering associated with traumatic memories or disorganized relational experiences, by rejecting the body as a defense. It often holds a dissociative quality, maintaining a static image of the rejected body that acts as a perceptual filter through which the individual views themselves.

### **6) Vulnerable or Wounded Part**

Referred to as the child who could not grow. This part holds the core trauma—anguish, fear, loneliness, and abandonment. It rarely presents directly; more often, it remains hidden or encapsulated, and its clinical emergence typically signals a key turning point in the integration process. This is the part most in need of being heard, yet it is also the most silenced. It embodies the original pain, and its reappearance in therapy often marks a critical moment of therapeutic progress.

These parts often operate in conflict, resulting in symptomatic oscillations, emotional dysregulation, and internal fragmentation. The therapeutic objective is not to eliminate any part, but to facilitate internal dialogue and functional cooperation among them. Structural integration involves recognizing, legitimizing, and supporting each part in its protective

function.

This model enables us to understand that the symptom is not the problem, but rather the solution the internal system developed for psychological survival. The therapist's role is not to force change but to support the ongoing process of recognition, validation, and integration—while respecting the patient's internal rhythm and the logic of their psychic system. Only when each part or self-state is acknowledged in its original adaptive role can the internal system begin to reorganize in a less conflictual and more coherent manner, thereby reducing the need for the eating disorder symptom as a maladaptive coping strategy.

## **2. The Role of the Body as an Archive of Traumatic Memory**

In the context of eating disorders, the body is not merely an object of control, modification, or rejection; rather, it is fundamentally the site where unprocessed traumatic memories are inscribed. Clinical experience reveals that when the environment fails to provide sufficient emotional containment and affective expression is denied or punished, the body becomes the sole available channel for registering and manifesting suffering.

The body remembers even when the mind forgets. Physical sensations, body image perception, muscular tension, and somatic symptoms serve as expressions of preverbal or dissociated trauma. Work with patients undergoing long-term therapeutic processes has shown that specific bodily areas can become associated with memories of abuse, control, or emotional suppression. For instance, the abdomen is frequently linked to experiences of sexual abuse or intrusive control over eating and is often experienced with shame, aversion, or fear.

In eating disorders, the body is often experienced as dangerous, hostile, excessive, inadequate, or a source of harm. This body—instrumentalized since childhood or even invaded by attachment figures—ceases to be a safe place to inhabit. Body image distortion is not merely a perceptual disturbance; it reflects a deeper rupture in the relationship with the body, shaped by experiences that linked corporeality with pain, humiliation, or threat.

Therapeutic intervention must therefore include specific work with the somatic dimension of trauma. This is not a symbolic interpretation of the body, but a guided process of reconnecting the patient with their sensations from a place of safety and respect. This involves attending to posture, muscle tone, breathing patterns, and bodily responses to emotional stimuli. The goal is not to change the body, but to restore the capacity to inhabit it without fear.

As Bessel van der Kolk has emphasized, traumatized individuals often lose the ability to interpret bodily sensations, respond with emotional dysregulation to their internal states, and

use symptoms to avoid contact with themselves (van der Kolk, 1998). Within this framework, eating disorders are not merely maladaptive behaviors, but somatic avoidance strategies. The therapeutic task is to help the patient remain present in their body, name their experiences, and re-establish the interrupted connection between sensation, emotion, and meaning.

### **3. The Protective Function of the Symptom**

From a clinical perspective, the eating disorder symptom should not be interpreted as inherently pathological, but rather as an adaptive solution constructed by the internal system to protect against relational and traumatic suffering. Food, the body, and disordered eating behaviors are not the problem per se; they constitute the language through which unspoken pain, the need for protection, and attempts at emotional self-regulation in the face of overwhelming internal histories are expressed.

“I’ve learned that food is not the solution,” said a patient at the conclusion of a deep therapeutic process. However, prior to reaching this insight, the symptom had been her only available resource for psychological survival. Not eating, eating compulsively, purging, restricting, or bingeing are not arbitrary acts; they are strategies developed by different internal parts to cope with intolerable emotions, to shield from relationships perceived as threatening, or to assert control within contexts of chaos and emotional neglect.

In cases of anorexia nervosa, for example, food restriction serves multiple protective functions:

It prevents contact with the body and its sexuality following experiences of abuse.

It symbolizes rejection of attachment figures who exerted control or inflicted harm.

It allows the individual to hide or become invisible in environments where visibility was dangerous.

It represents a form of revenge for emotional abandonment or betrayal.

In other presentations, such as binge eating disorder, food serves as a soothing agent, a familiar anchor, a substitute for companionship in loneliness, or even the only available source of pleasure. Work with patients whose family histories are marked by overfeeding caregivers reveals that food was often offered as a substitute for love, but also as a tool for control and emotional blackmail. In such contexts, emotional dependency on food is not pathological in itself; it becomes a way to preserve the attachment bond—even at the expense of personal harm.

Thus, the symptom serves a protective role: it shields from pain, abandonment, anxiety, and internal disorganization. It even protects against attachment itself when relational proximity has been experienced as dangerous. From this perspective, attempting to eliminate the

symptom prematurely or by force risks dismantling a defensive structure that has been essential to the patient's psychological survival.

Therapeutic work must begin with this recognition: each part involved in the symptom has a protective intention. Listening to these parts, validating their functions, and offering safer and more adaptive alternatives through the therapeutic relationship is the path toward rendering the symptom obsolete—and thereby eliminating its necessity.

#### **4. Attachment Mechanisms and Their Correlates in Eating Behavior**

A core element of the therapeutic approach to eating disorders lies in understanding how attachment styles manifest in the individual's relationship with food and the body (Tasca & Balfour, 2014). Eating behavior is neither autonomous nor neutral; it is organized according to internalized relational schemas formed in early developmental stages. In this context, food and the body become extensions of the attachment system, functioning as substitutes, shelters, or battlegrounds in response to deficits, excesses, or dysfunctions in significant relationships.

Individuals with anorexia nervosa, for example, often present with an avoidant attachment style, in which need is perceived as weakness and vulnerability as a threat. The act of not eating expresses a rejection of the need to connect. These individuals typically develop a rigid belief system centered on emotional self-sufficiency: "not needing" becomes an emotional control ideal. Within their psychic structure, renunciation of food parallels renunciation of emotional contact, and body control becomes the only accessible source of internal safety.

In cases of bulimia nervosa—particularly the purging subtype—a disorganized attachment pattern is frequently observed. Eating behavior fluctuates between bingeing and purging, reflecting a contradictory attachment system: the impulsive search for emotional regulation through food is followed by an immediate need for punishment or correction, expressed through vomiting or self-injury. This dynamic reproduces the affective incoherence experienced in early relationships, where affection was intertwined with harm and proximity with danger.

Binge eating disorder is more commonly associated with an ambivalent attachment style with avoidant components. Food assumes a central role as a source of pleasure, relief, companionship, or celebration. These individuals eat not only when they are distressed, but also during positive emotional states, making food an omnipresent affective regulator. This dependency reflects relationships in which emotional presence was intermittent, ambiguous, or unpredictable. In such cases, the body is not primarily an object of control but becomes a carrier of excess, need, compliance, and internal conflict.

It is also essential to consider the impact of pathological attachment figures. Controlling caregivers convey the message that the body must be modified to be acceptable; they restrict food intake under the guise of “care” and project their own body shame onto their children. In contrast, overfeeding caregivers offer food as the sole means of connection, fostering in the child an association between affection, manipulation, and nourishment. These configurations create internal systems in which food is simultaneously a source of attachment and of suffering.

The internalization of these attachment mechanisms leads to the development of body-related and food-related representations that structure the symptom. Therefore, therapeutic intervention must go beyond behavioral modification; it is essential to reconstruct a new internal secure base that allows the individual to develop affect regulation strategies that are not rooted in control, disconnection, or compulsion.

## **5. Internal Representations in Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), and Binge Eating Disorder (BED)**

Each diagnostic category within eating disorders (AN, BN, and BED) is organized around specific internal representations that reflect patterns of relating to oneself and to others, deeply shaped by trauma and dysfunctional attachment. These representations are neither conscious nor voluntary; they emerge from the structure of the internal world and are sustained by unintegrated parts or self-states which, through the body and food, attempt to preserve the balance of the overall internal system.

### **1) Anorexia Nervosa (AN)**

In AN, the dominant internal representation is organized around a radical rejection of personal needs. It is structured on a core belief: needing is dangerous. This configuration is closely linked to relational histories in which basic needs—such as affection, comfort, or physical contact—were ignored, ridiculed, or instrumentalized as mechanisms of control. Within this schema, the body becomes the enemy: it symbolizes vulnerability, femininity, visibility, or desire—elements perceived as threatening and thus subject to suppression.

Phrases such as "I don't eat so I won't be seen," "I don't eat to stay in control," or "I don't eat so no one can hurt me again" illustrate how restrictive eating behavior expresses the unconscious desire to disappear, to avoid becoming an object of desire or punishment, or to use the body as a form of protest or retaliation. The body is experienced as a threat or a battleground, and restriction functions as an extreme strategy of self-protection in the face of relational adversity.

## **2) Bulimia Nervosa (BN)**

In BN—particularly the purging subtype—the internal representation is characterized by a persistent oscillation between impulsivity and punishment. The binge episode expresses an impulsive part seeking to soothe, fill, or numb; the purge, in contrast, reflects a critical part that sanctions, invalidates, or attempts to erase the experience. In some cases, purging also serves as the somatic expression of what was silenced or unjustly endured. This cycle reflects a chaotic attachment pattern in which relational experiences were disorganized, contradictory, and even traumatic.

Patients with BN often describe food as a substitute figure that regulates emotions such as loneliness, sadness, anger, or emptiness, while simultaneously triggering internal reproach and an urgent need for reparation. Their relationship with food becomes a direct reflection of early attachment figures who combined affection with harm, presence with invalidation, or closeness with excessive demands.

## **3) Binge Eating Disorder (BED) and Overeating**

In BED and other forms of overeating, the internal representation centers on food as a reliable and consistent resource. These individuals often learned in early life that food was the only dependable means of emotional support—frequently provided by overfeeding figures who conveyed an ambiguous message of affection: eating equated to being loved, but also to being controlled or exposed.

In such cases, the body becomes the physical container of unprocessed emotional excess. Obesity is not merely a metabolic outcome; it becomes a way of existing in the world: “being chubby” symbolizes belonging, visibility, or even an unconscious replication of the relational dynamics of parental figures. Patients often recount how their parents—frequently overweight themselves—projected their own unresolved trauma and unmet needs onto their children, generating an unconscious loyalty sustained through the body and through eating.

These internal representations cannot be altered through external control of the symptom alone. Rather, they require a therapeutic approach that facilitates their emergence, exploration, and integration—allowing the clinician to understand which relational dynamics are being reproduced, and which memories are being protected.

## **IV. Clinical Vignettes**

The understanding of eating disorder symptoms as adaptive strategies in response to trauma and relational injury is clearly illustrated through clinical narratives that have emerged over

the course of therapeutic work. The following are three anonymized case examples that reflect distinct attachment profiles, trauma types, and protective functions of the symptom. These cases demonstrate the clinical applicability of the structural and relational framework proposed in this paper.

### **1. Case 1: Restriction and Trauma from Maternal Body Image Projection**

Adolescent female diagnosed with restrictive anorexia nervosa. Since early childhood, she was subjected to a highly restrictive dietary regime imposed by her mother, who projected onto her daughter her own unresolved body shame. The mother had been overweight during adolescence, concealed old photographs, and maintained an obsessive discourse around health, thinness, and having a "good body." The patient's eating was strictly monitored and devoid of pleasure, establishing from early on an instrumental and surveilled relationship with food.

The patient developed an identity centered on absolute control over her body, rejection of "forbidden" foods, and denial of basic physical needs. When she eventually began to verbalize her history, she did so from a place of anger and sorrow, recognizing that her symptomatology functioned as a silent protest—a symbolic form of vengeance toward an attachment figure who had not seen her as a subject, but rather as a bodily reflection of her own deficits. The therapeutic process of naming and reframing this dysfunctional bond marked the beginning of bodily reintegration and increased flexibility in her eating behavior.

### **2. Case 2: Binge Eating and the Overfeeding Caregiver**

Adult male diagnosed with binge eating disorder. He reported having grown up with an overfeeding mother who used food as the sole channel for emotional connection. Food was provided in excess and accompanied by emotional blackmail—e.g., "if you don't eat, I'll leave you." Despite having grown up in a family environment where overweight was normalized, the patient was ridiculed for his body, both at home and in other contexts. Eating became his way of maintaining a connection with his mother, even when the relationship was painful and contradictory.

In adulthood, the patient maintained a compulsive relationship with food, especially in contexts of loneliness or fear of rejection. Therapeutic exploration allowed for the reconstruction of the unconscious association between eating and affective permanence. Through work with his internal parts, he identified a wounded child who ate to avoid abandonment, and an internalized critical adult part that punished him for his appearance. Integration of these parts facilitated more conscious regulation and the possibility of forming affective relationships no longer mediated by food.

### **3. Case 3: Food Control and Betrayal Wound**

Young woman with a history of multiple inpatient admissions for purging-type anorexia nervosa. In the final stage of one of her hospital treatments, her mother—an ambivalent and controlling attachment figure—celebrated her progress with a contradictory comment: after offering her favorite ice cream, she remarked with concern that “she had picked the one with the most calories.” This seemingly minor gesture reactivated a betrayal trauma structure: the repeated experience of being invalidated by those who were supposed to provide support.

The patient reported having felt since childhood that in order to be loved she needed to control her body, hide her emotions, and conform to external expectations. The symptom served both as a form of loyalty to a dysfunctional relational system and as a means of asserting autonomy against maternal control. The intervention focused on working with the internalized critical part and constructing a narrative that would allow her to validate her need for protection without having to harm her body in order to be seen.

These cases illustrate that eating disorder symptoms cannot be fully understood outside the context of early relational experiences, pathological attachment systems, and the dissociative strategies sustaining the self's organization. Effective intervention begins with the recognition that the symptom protects, speaks, and represents a story that has not yet been articulated in words.

## **V. Therapeutic Implications**

The treatment of eating disorders from a trauma- and dissociation-informed perspective cannot be reduced to the suppression of symptomatic eating behaviors. Clinical experience demonstrates that these behaviors are expressions of internal dynamics that have supported the individual's psychic survival in highly disorganizing contexts—both overt and subtle. Therefore, intervention must be respectful, progressive, and structured, with a focus on restoring internal safety and integrating dissociated experiences.

This therapeutic framework allows the process to be sustained with clinical coherence and emotional containment:

### **1. Stabilization and Safety**

The initial goal of intervention is to establish a safe therapeutic relationship in which the person no longer feels judged, coerced, or invalidated. It is essential to create a space where

all internal parts of the system can be recognized without threat. This phase involves the development of self-regulation resources, the establishment of internal boundaries, identification of triggers, and reinforcement of the observing adult self.

Somatic work is also integrated at this stage—not as a corrective intervention, but as a means of sensorimotor reconnection with a body often experienced as fragmented, threatening, or foreign. Validating the symptom as a survival strategy enables the individual to relate to their eating behavior with less hostility and greater compassion.

## **2. Trauma Exploration**

Once a stable therapeutic bond has been established and the patient has developed a minimum capacity for self-regulation, the gradual exploration of trauma can begin. This phase involves accessing painful memories, core beliefs, and internal representations that underlie the symptom. The goal is not to relive the trauma but to allow wounded parts to be heard and validated.

The pacing of this phase must be carefully calibrated: each part involved in the eating dynamics has its own timing. The therapist's role is to accompany the process with presence, compassionate neutrality, and a clear understanding of the symptom's protective function.

## **3. Integration**

Therapeutic work culminates when the various internal parts begin to recognize one another, legitimize their functions, and collaborate in sustaining an integrated self. The symptom gradually loses its meaning—not because it has been eliminated, but because it is no longer necessary as the sole coping mechanism.

Integration does not imply uniformity or the disappearance of conflict, but rather internal connectedness and functional reorganization. The body—formerly a site of struggle or punishment—can begin to be experienced as a habitable, legitimate, and worthy space. Emotions, once avoided, can now be inhabited with greater awareness and safety.

### **1) Therapist's Role**

The therapist's role in this process is essential. More than applying technique, the therapist must embody a regulating presence that offers an alternative secure base to the patient's damaged attachment history. Supporting the emergence of dissociated parts, containing their expression, and facilitating internal dialogue require a stance of deep listening without urgency to change or repair.

The therapist must hold the internal system as it transitions from using the symptom as

defense to recognizing it as a message. Only when the pain is symbolized and the parts are acknowledged can the dissociative structure begin to reorganize. In this process, respecting the patient's internal rhythm is both an ethical and clinical imperative.

## VI. Conclusion

Extensive clinical experience in the treatment of eating disorders has led to a critical reassessment of the efficacy and sufficiency of the traditional symptom-focused model. While this approach may temporarily reduce dysfunctional eating behaviors, it rarely brings about structural transformation of the underlying psychological suffering. Its primary limitation lies in its superficiality: it targets the visible aspects—food intake, weight, body image—without addressing the structural level where the true root of the symptom resides.

Eating disorder symptoms are not failures of self-control or isolated pathological manifestations. They are longstanding solutions to unresolved relational problems—symbolic expressions of trauma, abandonment, loyalty, and disconnection. Thus, it is clinically ineffective—and arguably ethically questionable—to approach eating disorders without a deep understanding of the patient's attachment system, unintegrated states or dissociative parts, and the body as a repository of traumatic memory.

The proposed intervention is grounded in a relational-trauma paradigm, in which the symptom is considered a functional component of an internal system that has done what was necessary to survive. This model requires the therapist to move beyond behavior-control logic and instead adopt a posture of attuned listening, structural respect, and therapeutic accompaniment.

This paradigm shift has important implications for both clinical practice and research. Clinically, it calls for the development of interventions centered on internal part integration, the reconstruction of an internal secure base, and the incorporation of somatic trauma work into psychotherapy.

## References

- Calvi, C. (2005). *[Referencia sobre la relación entre abuso y TA, citada en el PowerPoint]*. [Datos bibliográficos no especificados en la fuente primaria].
- Freyd, J. J. (2008). Betrayal trauma. In J. J. Freyd & B. A. DePrince (Eds.), *Trauma and cognitive science: A meeting of minds, science, and human experience*(pp. [números de página no indicados]). Springer.

- Gustafson, T. B., & Sarwer, D. B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews*, 5(3), 129 - 135. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2004.00145.x>
- Schuder, M. R., & Lyons-Ruth, K. (2004). Hidden trauma, silent trauma: How childhood relational trauma contributes to depression in adulthood. *Psychoanalytic Psychology*, 21(2), 364-384. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.21.2.364>
- Seijo, N. Eating Disorders and Disocciation. (2015) ESTD Newsletter. Vol. 4, number 1
- Seijo, N. Key Points in the Psychotherapeutic Treatment of Obesity. Journal of Obesity and NutricionalDisorders. DOI: 10.29011/2577-2244. 100028 (autora).
- Seijo, N. (2016). No One is On My Side: A Clinical Example of the role of Abuse in Eating Disorders. ESTD Newsletter.
- Seijo, N. Chapter 64 Psychotherapeutic Treatment of Eating Disorders and Complex Trauma with EMDR Therapy. EMDR France Manual. Cyril Tarquinio. Ed Dunod.
- Tagay, S., Schlotzbohm, E., Reyes-Rodríguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating Disorders*, 22(1), 33-49.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, ER. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton.
- Van der Kolk, B. A. (1998). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

Received : May 31, 2025

Revised : July 19, 2025

Accepted : July 30, 2025

## 섭식장애, 트라우마, 그리고 어린 시절의 상처

### Eating Disorders, Trauma, and Childhood Wounds

나탈리아 세이조\*  
Natalia Seijo

#### <국문요약>

섭식장애는 전통적으로 증상 중심 행동 모델을 사용하여 치료해 왔으며, 섭식장애의 기원 및 유지와 관련된 더 깊은 심리 구조를 간과하는 경우가 많았다. 본 논문에서는 트라우마와 해리의 구조적 모델에 기반한 임상적 관점을 제시하였다. 이 모델은 섭식장애를 통합되지 않은 트라우마 경험과 생애 초기 애착장애에 의해 형성된 내면 세계의 발현으로 개념화 한다. 증상의 보호적 기능, 트라우마 기억의 축적 장소로서 신체의 역할, 그리고 통합되지 않은 자기 상태들(states)과 해리 부분(parts)의 역동을 고찰했다. 효과적인 개입에는 임상 사례 분석과 이론적 근거를 바탕으로 내적 체계, 관련된 각 부분의 타당화, 그리고 안정적인 치료적 동맹 구축이 포함되어야 한다. 구조적 통합을 지향하는 트라우마 중심의 심리치료만이 섭식장애 개인의 깊고 지속적인 회복을 지원할 수 있다고 결론지을 수 있다.

주요어 : 섭식장애, 트라우마, 구조적 해리, 애착, 내적 부분, 신체 이미지, 심리치료적 개입

---

\* 스페인 마드리드 콤플루텐세 대학교(Complutense University of Madrid) 섭식장애 석사과정 교수 /  
E-mail: [info@nataliaseijo.com](mailto:info@nataliaseijo.com)



Copyright ©2025, Korean Society for Sandplay Therapy.  
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

<Abstract>

Eating disorders have traditionally been addressed using symptom-centered behavioral models, often overlooking the deeper psychological structures involved in their origin and maintenance. This article proposes a clinical perspective grounded in the structural model of trauma and dissociation, which conceptualizes eating disorders as manifestations of an internal world shaped by unintegrated traumatic experiences and early attachment disruptions. It examines the protective function of symptoms, the role of the body as a somatic archive of traumatic memory, and the dynamics of non-integrated ego states and dissociative parts. Drawing upon clinical case analysis and theoretical evidence, the article argues that effective intervention must include internal system, validation of each part involved, and the establishment of a secure therapeutic alliance. It concludes that only trauma-informed psychotherapy oriented toward structural integration can support profound and sustained recovery in individuals with eating disorders.

*Key words : eating disorders, trauma, structural dissociation, attachment, internal parts, body image, psychotherapeutic intervention*

## I. 서론

임상 경험에 따르면 섭식장애를 순전히 증상적 또는 행동적 접근법만으로는 완전히 이해할 수 없다는 것을 일관되게 알 수 있다. 섭식장애 증상은 음식과 신체가 역기능적 애착 경험에 의해 형성된 내면 세계를 표현하는 매개체로 보는, 더 깊은 관계 구조의 관점에서 조망되어야 한다. 섭식장애 개인들은 자신의 애착 유형에 따라 음식과 관계를 맺는 경향이 있으며, 이는 종종 무의식적으로 식습관을 통해 재연된다.

생애 초기부터 “안전 기지”는 아동의 정서 체계를 구성하는 축 역할을 한다. 이 안전기지가 불안정하고, 양가적이며, 혼란 애착에 의해 매개된다면 섭식장애를 가진 사람들에게서 흔히 나타나는 것처럼 음식은 정서 조절, 행동 통제 또는 정서 해리의 도구가 된다. 이러한 논리는 신경성 식욕부진증의 개인들에게서 특히 두드러지는데, 신경성 식욕부진증 개인들에게는 기본 욕구의 거부가 관계 두려움에 대한 적응 전략으로 작용한다. 폭식증은 과도한 음식섭취가 정서적 박탈과 음식을 정서적 존재의 대체물로 사용했던 양육자로부터 물려받은 보상 전략과 연관된다.

본 논문은 관계 트라우마적 조망에서 섭식장애에 대한 임상적 이해를 제공하고, 애착 유형이 섭식 행동에 어떻게 반영되는지, 그리고 치료 개입이 관찰 가능한 증상을 넘어 내적 관계의 안전 재건을 향해 어떻게 방향 지어져야 하는지를 탐구했다.

## II. 이론적 틀

### 1. 섭식장애의 트라우마와 해리

트라우마적 임상 조망에서 볼 때, 섭식장애는 초기 트라우마 경험에 대한 적응적 반응으로 이해되어야 한다. 이때 몸과 음식은 말로 표현되지 않은 정서적 고통을 상징적으로 담아내는 그릇 역할을 한다. 트라우마는 반드시 극단적 사건으로만 발생하는 것은 아니며, 모욕, 정서적 거부, 무시, 과도한 통제, 이상적 신체 이미지에 대한 압력 등 발달 중인 아동의 심리적 조절 능력을 넘어서는 지속적인 관계 경험에서 발생하는 경우가 많다.

이러한 경험은 애착 트라우마로 개념화되는데, 이 처리되지 않은 트라우마의 각인은 신체에 직접 각인된다. 이러한 맥락에서, 섭식은 말로 표현할 수 없는 것을 전달하는 언어가 된다. “내 몸이 얼마나 안 좋아 보이는지가 내가 얼마나 안 좋은지를 나타낸다”라는 말은 이러한 역동 관계를 잘 보여준다. 많은 경우, 섭식장애는 신체적 해리의 한 형태로 기능한다. 개인은 음식을 거부하고, 배고픔을 억누르고, 강박적인 폭식에 빠지는데, 이는 고립된

행동이 아니라 압도적인 감각, 정서 또는 기억으로부터 단절하기 위한 전략이다.

예를 들어, 신경성 식욕부진증 개인은 음식물 제한을 통해 신체적, 정서적 욕구를 모두 차단함으로써 정서적 혼란으로부터 자신을 보호하는 이상적 통제를 유지한다. 음식을 피하는 것은 관계를 피하는 것과 동의어가 되며, 돌봄과 관계적 접촉의 필요성을 부정한다. 반대로, 폭식 패턴을 가진 사람들은 종종 조절과 해소의 유일한 수단으로 음식에 대한 정서적 의존성을 보인다. 두 극단적 경우 모두에서 해리는 심리적 생존의 구조적 기능으로 작용한다.

이 증상은 부정적인 것이 아니라 내적 응집력의 결핍과 신체에 안전하게 거주할 수 없는 상태를 반영하는 적응적 조직자로 간주되어야 한다. 따라서 치료 개입은 행동 자체를 제거하는 것이 아니라, 행동이 전달하는 메시지를 이해하는 것에 목표를 두어야 한다. 목표는 변화의 강요가 아니라 의미의 통합을 돕고 환자가 안전한 장소에서 신체 감각과 다시 연결 되도록 돕는 것이어야 한다.

## 2. 트라우마의 유형

섭식장애를 겪는 사람들을 대상으로 한 임상 연구에서 다양한 트라우마 유형이 확인되었는데, 이러한 트라우마는 항상 단일하거나 명백하게 트라우마적인 사건으로 나타나는 것은 아니다. 오히려 트라우마는 애착, 자기 이미지, 그리고 정서조절의 발달을 저해하는 만성적인 관계 경험으로 나타나는 경우가 많았다. 아래에 섭식장애 증상의 구조적 핵심에서 흔히 발견되는 트라우마 유형과 아동기 상처에 대한 잠정적인 분류를 제시했다.

### 1) 유아기 상처와 애착 트라우마

이러한 유형의 트라우마는 주요 양육자와 불안정한 관계에서 비롯되며, 정서적 조율 부족, 정서적 방임, 과도한 통제 또는 거부로 특징지어진다. 이러한 관계 패턴은 자신이 보이지 않고, 돌봄을 받을 자격이 없으며, 존재할 권리가 없다는 깊은 감정을 불러일으킨다. 이러한 맥락에서 음식은 정서적 연결을 대체하거나 정서적 허기를 관리하는 수단이 된다. 이상치는 신경성 식욕부진증, 신경성 과식증, 폭식장애를 포함한 임상적 증상 전반에 걸쳐 나타나지만, 각 조건마다 다르게 나타난다.

### 2) 관계적 트라우마

이 범주는 무시, 배신, 모욕, 비교, 판단, 또는 과도한 요구 등의 반복적인 경험을 의미한다. 이 경험은 비판적인 목소리로 내면화되어 통합되지 않은 자기 상태들(states) 또는 처벌적인 부분들(parts)을 형성한다(Schuder & Lyons-Ruth, 2004). 이 상태들 또는 부분들은 경직된

자기 통제력 유지 또는 자기 파괴적 행동의 원인이 된다. 결과적으로, 섭식장애는 자기 비판이나 수치심으로 인한 고통을 완화하기 위해 먹기 제한이나 먹은 음식물의 제거 또는 강박적인 식사를 통해 이 내면의 목소리에 반응하는 수단이 된다.

### 3) 해결되지 않은 슬픔

처리되지 않은 상실은 종종 섭식 관련 증상으로 대체되는 정서적 고통의 원인이 된다. 슬픔은 단절을 나타내며, 이러한 단절이 제대로 통합되지 않으면 고통으로부터 보호적 분리를 만들어내는 방식인 증상으로 가려진다. 이러한 맥락에서 증상은 상실의 고통과 직접적으로 접촉하는 것을 피하기 위해 필요하게 되며, 이는 정서적 회피 수단으로 음식에 대한 의존으로 이어진다.

### 4) 복합 트라우마

이 범주는 특히 초기 발달 단계에서 신체적, 정서적 또는 성적 학대에 장기간 노출되는 것을 포함한다. 이러한 트라우마는 심각한 정서 조절 장애와 신체 지각 장애를 특징으로 하는 자기의 구조적 해리로 이어질 수 있다. 많은 경우, 이 유형의 트라우마를 경험한 사람들은 위험하거나 오염되었다고 인식되는 신체로부터 처벌, 보호 또는 단절의 메커니즘으로 병리적 섭식 행동을 사용한다.

### 5) 언어발달 이전 시기에 발생한 트라우마

이 유형의 트라우마는 언어와 상징적 표현이 아직 발달하지 않은 단계에서 발생하는 외상적 경험을 의미한다. 이 경험은 절차적 기억에 직접적으로 각인 되며, 이후 신체 증상, 섭식장애, 또는 신체에 대한 혐오와 공포증으로 나타날 수 있다. 증상 자체에는 이야기가 없지만, 증상이 존재한다는 것은 신체가 계속해서 간직하고 있는 숨겨진 이야기가 있다는 것을 의미한다.

### 6) 세대를 초월하는 트라우마

항상 명확하게 드러나는 것은 아니지만 섭식장애 증상은 종종 해결되지 않은 고통을 겪어 온 가족 구성원에 대한 무의식적인 충성심을 반영하는 경우가 많다. 후성유전학 연구에서 관찰된 바와 같이, 자녀에게 음식 제한이나 과식 패턴을 강요하는 많은 보호자들이 트라우마, 배고픔, 신체 수치심, 또는 억압의 역사를 가지고 있다(Gustafson & Sarwer, 2004; Freyd, 2008). 통합되지 않은 경험의 전이는 환자가 음식 및 신체와 관계를 통해 무의식적으로 반복하고 표현하는 유산을 형성한다.

이 분류는 포괄적이거나 상호 배타적인 것은 아니며 섭식장애 증상이 심리적 고통에 대

한 적응적 반응으로서 다양한 기능을 수행할 수 있다는 임상적 평가 및 이해의 틀을 제공한다. 행동 통제를 넘어 증상에 내재된 근본적인 이야기를 통합하기 위한 개입을 위해 트라우마 유형을 인식할 필요가 있다.

### III. 임상 모델

#### 1. 내적 부분들과 내적 부분들의 적응 기능

##### 1) 구조적 해리 모델

섭식장애를 이해하려면 자기에 대한 구조적 해리 모델을 이해해야 한다(van der Hart et al., 2006). 관찰된 증상의 상당수가 통합되지 않은 자기 상태 또는 장애적 섭식 행동을 통해 표현되는 내적 부분들의 활동을 나타내기 때문이다. 임상 작업 시 이러한 행동을 지탱하는 내적 체계를 먼저 검토하지 않고는 이 행동을 이해할 수 없다.

통합되지 않은 상태들 또는 내적 부분들은 고유한 역할, 동기, 그리고 독립적인 정서 기억을 가진 기능적 표상이다. 이 표상은 외상 경험에 대한 적응적 반응이거나 생애 초기 발달 과정에서 강렬한 정서 상태를 통합하지 못한 것이다. 이러한 맥락에서 식사는 이 부분들이 발현되고 통제 경쟁을 하는 영역이 된다.

각 행동은 임의적이거나 본질적으로 병리적인 것은 아니며, 안전하지 않거나 외상적이거나 무시적인 관계에 대한 반응으로 적응 기능이 발달한 내적 부분들 또는 자기 상태들의 행동이다. 이러한 부분들은 종종 서로 갈등적이지만, 정서적, 관계적, 신체적 통합이 부재한 상황에서 생존 기제로 생겨난 것들이다.

다음은 섭식장애 환자를 대상으로 한 임상 작업에서 가장 흔히 확인되는 내적 부분들이다.

##### 2) 제한적 또는 통제적 부분

이 부분은 한 사람의 존재로 허용받지 못했던 아동을 나타낸다. 이 부분은 정서 조절을 유지하는 수단으로 음식 섭취에 대한 엄격한 규칙을 부과한다. 이는 일반적으로 통제 상실의 위협하거나 외상으로 여겨지는 환경과 관련 있으며 기본적인 신체적, 정서적 욕구를 거부하고 강함, 경직성, 그리고 취약성 부인에 기반한 정체성을 고수한다. 신경성 식욕부진증에서 이 부분은 정서적 분리를 위한 전략으로 욕구를 억압하는 역할을 한다. 즉, 욕구 없음은 강함 및 안전함과 동의어가 된다. 이 부분의 주된 목표는 예측 불가능하거나 위협적으로 인식되는 환경에서 통제를 행사하는 것이다.

### 3) 충동적 또는 자기탐닉적 부분

이 부분은 성장을 허용받지 못한 아동을 나타낸다. 감정적 고통에 대한 반응으로 음식을 통해 즉각적인 해소를 추구하는 부분이다. 신경성 폭식증과 폭식장애에서 자주 관찰되며, 일반적으로 통제적 부분과 갈등을 빚어 충동적 행동과, 자책 또는 처벌적 행동의 악순환을 유발한다. 내면의 공허, 슬픔, 분노, 또는 외로움의 상태에 반응하여 활성화되는 부분이며, 통제하는 부분이 가하는 내적 단절이나 억압에 대한 직접적인 반응이다.

### 4) 비판적 또는 처벌적 부분

이 부분은 애착 대상의 비하, 요구, 또는 처벌적인 메시지를 재연한다. 전체 내적 체계를 감시, 평가, 제재하여 죄책감, 수치심, 또는 부적절감의 감정을 강화하는 부분이다. 임상적으로 조절하기 가장 어려운 부분 중 하나이지만, 이 부분의 보호 기능을 이해하는 것이 필요하다. 이 부분은 처벌적이거나 수치심을 주는 보호자의 목소리를 내면화 한 부분이다. 그 역할은 종종 자기 주도적 경멸이나 만성적 무시를 통해 실수, 수치심, 또는 거부를 예방하는 것이다. 임상작업에서 얻은 중요한 통찰은 이 부분이 지각된 외부 공격의 위협을 줄이기 위해 내적 비판을 증폭시킴으로써 보호를 추구한다는 것이다. 환자에게 이 기능에 대한 심리교육을 하면 자기 처벌 조절에 매우 효과적이다. 자기 처벌이 한 때 적응적이긴 했지만 시간이 지나면서 해로운 것이 되고 궁극적으로는 파괴적인 내면의 대화로 악화 된다.

### 5) 신체 이미지를 왜곡 하거나 거부된 자기 부분

이 부분은 처리되지 않은 정서적 내용을 대체하는 수단으로 신체 이미지 왜곡을 유지한다. 이 부분의 행동은 해로울 수 있지만 그 근본 기능은 방어로 신체를 거부함으로써 외상 기억이나 혼란스러운 관계 경험으로 인한 더 깊은 고통을 예방하는 것이다. 이 부분은 종종 해리적 특성을 지니고 있으며, 개인이 자신을 바라보는 지각 필터 역할을 하는, 거부된 신체에 대한 경직된 이미지를 갖고 있다.

### 6) 취약한 또는 상처 입은 부분

이 부분은 성장할 수 없었던 아동이라고 할 수 있다. 이 부분은 핵심적인 트라우마, 즉 고통, 두려움, 외로움, 그리고 버림받음을 담고 있다. 직접적으로 드러나는 경우는 드물며, 대개 숨겨지거나 파편화된 상태로 남아 있는 부분이다. 임상에서 이 부분이 드러나면 그것은 일반적으로 통합 과정에서 중요한 전환점을 의미한다. 이 부분은 가장 귀 기울여 들어야 할 부분이지만 동시에 가장 침묵하는 부분이기도 하다. 이 부분은 원래의 고통을 체화한 것이며, 치료 과정에서 이 부분이 다시 나타나는 것은 종종 중요한 치료적 진전의 순간이 된다.

이 부분은 종종 갈등 속에서 작용하여 증상의 변동, 정서 조절 장애, 그리고 내적 분열을 초래한다. 치료 목표는 특정 부분을 제거하는 것이 아니라 부분들 간의 내적인 대화와 기능적 협력을 촉진하는 것이다. 구조적 통합은 각 부분의 보호 기능을 인식하고, 타당화하고, 지원하는 것을 의미한다.

트라우마 중심의 모델은 증상이 문제가 아니라, 오히려 내부 체계가 심리적 생존을 위해 개발한 해결책임을 이해하게 한다. 치료자의 역할은 변화를 강요하는 것이 아니라, 환자의 내적 리듬과 정신 체계의 논리를 존중하면서 지속적 인식, 확인, 그리고 통합 과정을 지원하는 것이다. 각 부분 또는 각 자기 상태가 본래의 적응적 역할을 인정 받아야만 내부 체계는 갈등을 줄이고 더 일관된 방식으로 재조직되며, 부적응적 대처 전략으로서 섭식장애 증상의 필요성을 줄일 수 있다.

## 2. 외상 기억의 보관장소로서 신체의 역할

섭식장애를 가진 사람의 신체는 단순히 통제, 수정, 또는 거부의 대상이 아니다. 오히려, 근본적으로 처리되지 않은 외상 기억이 등록되는 장소이다. 임상 경험에 따르면, 환경이 충분한 정서적 억제를 제공하지 못하고 정서 표현이 거부 당하거나 처벌 받는다면 신체는 고통을 기록하고 표현하는 유일한 통로가 된다.

마음은 잊어도 신체는 기억한다. 신체 감각, 신체 이미지 인식, 근육 긴장, 그리고 신체 증상은 전언어적 외상 또는 해리된 외상의 표현으로 작동한다. 장기 치료 과정을 거치는 환자들을 대상으로 한 연구를 보면, 특정 신체 부위가 확대, 통제 또는 감정 억압의 기억과 연관될 수 있음을 보여준다. 예를 들어, 복부는 성학대 또는 식사에 대한 침입적 통제 경험과 종종 연관되며, 종종 수치심, 혐오감 또는 두려움을 동반한다.

섭식장애에서 신체는 종종 위험하고, 적대적이며, 과도하고, 부적절한 것 그리고 해로움의 근원으로 경험된다. 어린 시절부터 도구화되었거나 심지어 애착 대상에 의해 침범 당했던 몸은 더 이상 안전하게 거주할 수 있는 곳이 아니다. 신체 이미지 왜곡은 단순한 지각 장애가 아니다. 그것은 고통, 굴욕, 또는 위협과 신체성이 연결되었던 신체 경험에 의해 만들어진 것으로, 몸과의 관계성의 깊은 파열을 나타내는 것이다.

따라서 치료 개입은 트라우마의 신체적 차원에 대한 구체적인 작업이 포함해야 한다. 이는 신체를 상징적으로만 해석하는 것이 아니라 안전과 존중의 입장에서 환자 자신의 감각과 체 연결시키는 안내 과정이다(van der Kolk, 1998). 여기에는 자세, 근육 긴장도, 호흡 패턴, 그리고 감정 자극에 대한 신체 반응에 주의를 기울이는 것이 포함된다. 치료 목표는 몸을 바꾸는 것이 아니라 두려움 없이 몸에 거주할 수 있는 능력을 회복하는 것이다.

### 3. 증상의 보호 기능

임상적 관점에서 섭식장애 증상은 본질적으로 병리적인 것이 아니라, 관계적이고 외상적인 고통으로부터 자신을 보호하기 위해 내부 체계가 구축한 적응적 해결책으로 해석되어야 한다. 음식, 몸, 그리고 섭식장애 자체는 문제가 아니다. 이것들은 말로 표현되지 않는 고통, 보호에 대한 욕구, 그리고 압도적인 내면의 역사에 직면하여 정서적 자기 조절을 시도하는 언어라고 할 수 있다.

한 환자는 심층적인 치료 과정을 마치며 “음식이 해결책이 아니라는 것을 알게 되었습니다.”라고 말했다. 그러나 이러한 통찰에 도달하기까지 증상은 그녀가 심리적 생존을 위해 이용할 수 있는 유일한 자원이었다. 먹지 않거나, 강박적으로 먹거나, 구토하거나, 제한하거나, 폭식하는 것은 자의적인 행동이 아니다. 이는 참을 수 없는 감정에 대처하고, 위협적인 것으로 지각된 관계로부터 자신을 보호하며, 혼란과 정서적 방임 속에서 통제감을 느끼기 위해 다양한 내적 부분들이 발달시킨 전략이다.

예를 들어, 신경성 식욕부진증의 경우, 음식 제한은 여러 가지 보호 기능을 한다.

- 학대 경험 후 신체 접촉 및 성욕을 방지한다.
- 통제 하거나 위해를 가한 애착 대상에 대한 거부를 상징한다.
- 눈에 띄면 위험한 환경에서 숨거나 눈에 띄지 않도록 해준다.
- 정서적 버림이나 배신에 대한 복수를 상징한다.

폭식장애와 같은 다른 증상에서는 음식이 진정제, 안전한 것, 외로울 때 동반자 관계를 대체하는 것이며, 심지어 유일한 즐거움의 원천으로 작용한다. 가족력에 과식하게 하는 양육자가 있는 환자들을 대상으로 한 임상에서는 음식이 종종 사랑의 대체물일 뿐 아니라 통제와 정서적 협박의 도구로 제공되었음을 알 수 있다. 이러한 맥락에서 음식에 대한 정서적 의존은 병리적인 것이 아니라 개인적 피해를 감수하고서라도 애착 유대감을 유지하는 방법이 된다.

따라서 이 증상은 보호역할을 한다. 고통, 버림받음, 불안, 그리고 내적 혼란으로부터 보호해 준다. 심지어 관계에 접근하는 것이 위험하다는 경험을 했을 때 애착 자체로부터도 보호해준다. 이러한 관점에서, 증상을 조기에 또는 강제로 제거하려는 시도는 환자의 심리적 생존에 필수적인 방어구조를 무너뜨릴 위험이 있다.

치료는 이러한 인식에서 시작되어야 한다. 증상과 관련된 모든 부분은 보호 의도를 가지고 있다. 부분들에 귀 기울이고, 그 기능을 타당화 해주며, 치료 관계를 통해 더 안전하고 적응적인 대안을 제공하는 것이 증상을 쓸모없게 만들어 그 필요성을 없애는 길이다.

#### 4. 애착 메커니즘과 섭식행동의 상관관계

섭식장애 치료 접근의 핵심 요소는 애착 유형이 개인의 음식 및 신체와 관계에서 어떻게 나타나는지 이해하는 것이다(Tasca & Balfour, 2014). 섭식행동은 자율적이거나 독립적이지 않으며 초기 발달 단계에서 형성된 내면화된 관계 도식에 따라 만들어진다. 이러한 맥락에서 음식과 신체는 애착 체계의 연장선이 되어 중요한 관계에서 결핍, 과잉 또는 기능 장애에 대한 대응책으로 대체물, 피난처 또는 전쟁터 역할을 한다.

예를 들어, 신경성 식욕부진증의 개인들은 종종 회피 애착 유형을 보이며 욕구는 약점으로, 취약성은 위협으로 인식된다. 먹지 않는 행위는 연결의 필요성을 거부하는 것을 표현하는 것이다. 이러한 사람들은 일반적으로 정서적 독립에 중점을 둔 엄격한 신념 체계를 형성한다. 즉, “필요하지 않음”이 이상적인 정서 통제가 된다. 이들의 정신 구조 내에서 음식에 대한 거부는 정서적 접촉에 대한 거부와 평행을 이루며, 신체 통제는 유일하게 접근 가능한 내적 안전의 원천이 된다.

신경성 폭식증, 특히 제거형(purging subtype)의 경우, 혼란 애착 패턴이 자주 관찰된다. 섭식행동은 폭식과 먹은 음식물의 제거 사이를 오가며 이것은 모순적인 애착 체계를 의미한다. 음식을 통해 정서 조절을 충동적으로 추구하다가 구토나 자해를 통해 즉각적인 처벌이나 교정을 원하는 욕구가 나타난다. 이러한 역동성은 애정이 해로움과 뒤섞였던, 접근이 위협과 뒤섞였던 초기 관계에서 경험한 정서적 불일치를 재연하는 것이다.

폭식장애는 회피적 요소가 있는 양가적 애착 유형과 더 혼하게 연관된다. 음식은 즐거움, 안도감, 친밀감, 또는 축하의 원천으로서 중심적 역할을 한다. 이러한 사람들은 괴로울 때 뿐 아니라 긍정적인 감정 상태에서도 음식을 먹기 때문에, 음식은 어디에나 존재하는 정서적 조절자 역할을 한다. 이 의존성은 정서의 대상이 간헐적이거나 모호하거나 예측 불가능한 관계에 있다는 것을 나타내는 것이다. 이러한 경우, 신체는 주로 통제의 대상이 아니라 과잉, 순응, 그리고 내적 갈등을 전달하는 매개체가 된다.

병리적인 애착 대상의 영향을 고려하는 것 또한 필수적이다. 통제적인 양육자는 신체가 수용 가능한 상태로 변화되어야 한다는 메시지를 전달한다. 이들은 “돌봄”이라는 미명 아래 음식 섭취를 제한하고, 자신의 신체 수치심을 자녀에게 투사한다. 반대로, 과식하게 하는 양육자는 음식을 유일한 연결 수단으로 제공하여 아동에게 애정, 조종, 영양 공급 사이의 연관성을 조장한다. 이러한 구성은 음식이 동시에 애착과 고통의 원천이 되는 내적 체계를 형성하게 한다.

이러한 애착 메커니즘의 내면화는 증상을 구조화하는 신체 및 음식 관련 표상을 발달시킨다. 따라서 치료 개입은 행동 수정을 넘어, 개인이 통제, 단절, 또는 강박에 기반하지 않는 정서 조절 전략을 개발할 수 있도록 하는 새로운 내적 안전 기지를 재건해야 한다.

## 5. 신경성 식욕부진증, 신경성 폭식증, 폭식장애의 내적 표상

섭식장애의 각 진단 범주는 트라우마와 역기능적 애착에 의해 깊이 형성된 자신과 타인의 관계 패턴을 반영하는 구체적인 내적 표상을 중심으로 구성된다. 이러한 표상은 의식적이거나 자발적인 것이 아니다. 이것은 내적 세계의 구조에서 비롯되며, 신체와 음식을 통해 전체 내적 체계의 균형을 유지하려는 통합되지 않은 부분 또는 자기 상태에 의해 유지된다.

### 1) 신경성 식욕부진증

신경성 식욕부진증 개인의 지배적인 내적 표상은 개인적 욕구에 대한 근본적인 거부를 중심으로 구성된다. 욕구는 위험하다는 핵심 신념을 기반으로 하는 것이다. 이러한 구성은 애정, 편안함, 신체적 접촉과 같은 기본 욕구가 무시되거나, 조롱당하거나, 통제의 기제로 도구화되었던 관계 역사와 밀접하게 연관된다. 이러한 도식 속에서 몸은 적이 된다. 몸은 취약성, 여성성, 가시성, 욕망을 상징하는데, 이러한 요소들은 위협적인 것으로 인식되어 억압되기 쉽다.

“보이지 않기 위해 먹지 않는다” “통제를 유지하기 위해 먹지 않는다” “아무도 나를 다시 해칠 수 없도록 먹지 않는다”와 같은 표현들은 제한적인 섭식행동이 어떻게 사라지고자 하는 무의식적인 욕망, 욕망이나 처벌의 대상이 되는 것을 피하고 싶은 욕망, 또는 몸을 향의나 보복의 한 형태로 이용하려는 욕망을 표현하는지 보여준다. 신체는 위협이나 전쟁터로 경험되며, 음식물 제한은 관계 어려움에 직면했을 때 극단적인 자기 보호 전략으로 기능한다.

### 2) 신경성 폭식증

신경성 폭식증 특히 제거형의 하위 유형의 내적 표상은 충동성과 처벌 사이에서 끊임없이 흔들리는 것이 특징이다. 폭식은 진정, 충만, 또는 무감각하게 만들고자 하는 충동적 부분을 표현하는 반면, 제거(purging)는 경험을 승인, 무시, 또는 지우려하는 부분을 반영한다. 어떤 경우에는 제거가 침묵했거나 부당하게 견뎌낸 것에 대한 신체적 표현으로 작용하기도 한다. 이러한 순환은 관계 경험이 혼란스럽고 모순적이며 심지어 트라우마적인 혼란 애착 패턴을 나타내는 것이다.

신경성 폭식증 환자들은 종종 음식을 외로움, 슬픔, 분노, 공허 같은 정서를 조절하는 대체물로 묘사하는 동시에 내적 비난과 절박한 보상의 필요성을 촉발하는 것으로 기술한다. 음식과의 관계는 애정과 해로움, 존재와 무시, 친밀함과 과도한 요구가 결합된 생애 초기 애착 대상을 직접적으로 반영하는 것이다.

### 3) 폭식 장애와 과식

폭식장애를 비롯한 여러 형태의 과식하는 사람들의 내적 표상은 음식을 안정적이고 일관된 자원으로 인식한다는 것이다. 이러한 사람들은 어린 시절에 음식만이 유일하게 신뢰할 수 있는 정서적 지지 수단이라는 것을 배웠으며, 이는 종종 모호한 애정 표현을 했던, 과식하게 하는 대상이 제공한 것이다. 즉, 먹는 것은 사랑받는 것과 동일시되지만, 동시에 통제 당하거나 노출되는 것과도 동일시되었다.

그러한 경우, 신체는 처리되지 않은 정서적 과잉을 담는 물리적 그릇이 된다. 비만은 단순한 신진대사의 결과가 아니라 세상에 존재하는 방식이 된다. “통통함”은 소속감, 가시성, 심지어 부모의 관계 역동에 대한 무의식적인 반복을 상징한다. 환자들은 종종 부모(부모 자신도 과체중인 경우가 많음)가 해결되지 않은 트라우마와 충족되지 않은 욕구를 자녀에게 투사하여 신체와 식사를 통해 무의식적인 충성심을 어떻게 지속적으로 만들어냈는지 토로한다.

이러한 내적 표상은 증상에 대한 외부 통제만으로는 변화될 수 없다. 기억의 출현, 탐색, 통합을 촉진하는 치료 접근 방식이 필요하다. 이를 통해 치료자는 어떤 관계 역동이 재생산되고 어떤 기억이 보호되는지 이해할 수 있다.

## IV. 임상 사례

외상과 관계 상처에 대한 적응 전략으로서 섭식장애 증상에 대한 이해는 치료 과정에서 개인들의 기술을 통해 명확하게 드러난다. 다음은 애착 유형, 외상 유형, 그리고 증상의 보호 기능을 반영하는 세 명의 익명 사례이다. 이 사례들은 본 논문에서 제시하는 구조적 및 관계적 틀의 임상 적용 가능성을 보여준다.

### 사례 1: 어머니의 신체 이미지 투사로 인한 음식물 제한과 트라우마

신경성 식욕부진증으로 진단받은 여자 청소년. 그녀는 어린 시절부터 어머니에게 매우 제한적인 식사를 강요받았고, 어머니는 딸에게 자신의 해결되지 않은 신체 수치심을 투사했다. 어머니는 청소년기에 과체중이었고, 오래된 사진을 숨기고 건강, 날씬함, 그리고 “멋진 몸”에 대한 강박적인 신념을 갖고 있었다. 환자의 식사는 엄격하게 감시받았고 즐거움은 전혀 없었으며, 이는 어린 시절부터 음식에 대해 수단적이고 감시하는 관계를 형성했다.

환자는 자신의 몸에 대한 절대적인 통제, “금지된” 음식에 대한 거부, 그리고 기본적인 신체적 욕구의 거부를 중심으로 정체성을 형성했다. 마침내 치료시간에 자신의 과거를 말하기 시작하면서 그녀는 분노와 슬픔에 잠긴 채 자신의 증상이 침묵의 저항, 즉 자신을 주

체가 아닌 자신의 결점을 신체로 나타내는 존재로 보는 애착 대상에 대한 상징적 복수라는 것을 인지했다. 이러한 역기능적 유대감에 이름을 붙이고 재구성하는 치료 과정은 신체 재통합을 시작하게 했고 식습관의 유연성을 증가시켰다.

### 사례 2: 폭식과 과식하게 만드는 양육자

섭식장애 진단을 받은 성인 남성. 그는 음식을 정서적 연결의 유일한 통로로 사용하는, 과식하게 만드는 어머니에게서 성장했다고 기술했다. 음식은 과하게 제공되었고, “안 먹으면 떠나버릴 거야”와 같은 정서적 협박이 뒤따랐다. 과체중이 당연시되는 가정환경에서 자랐음에도 불구하고 환자는 집에서나 밖에서나 비만인 몸 때문에 조롱을 받았다. 어머니와 관계가 고통스럽고 모순적일 때조차도 식사는 그에게 어머니와 유대감을 유지하는 방법이 었다.

성인이 된 후에도 환자는 음식과 강박적 관계를 유지했는데, 특히 외로움을 느끼거나 거부를 두려워하는 상황에서 그러했다. 치료 탐색을 통해 음식 섭취와 정서적 연속성 사이의 무의식적 연관성을 재구성할 수 있었다. 환자는 자신의 내면을 탐색하면서 버림받지 않기 위해 음식을 먹었던 상처받은 아이와 자신의 외모 때문에 자신을 벌하는 내면화된 비판적 성인의 모습을 발견했다. 이 부분들을 통합함으로써 더욱 의식적인 조절이 가능해졌고, 더 이상 음식에 의해 매개되지 않는 정서적 관계를 형성할 수 있게 되었다.

### 사례 3: 음식 조절과 배신의 상처

신경성 식욕부진증으로 여러 차례 입원한 병력이 있는 젊은 여성. 병원 치료 마지막 단계에서 모호하고 통제적인 애착 대상이었던 어머니는 모순된 말로 그녀의 치료 경과를 축하했다. 환자가 가장 좋아하는 아이스크림을 건넨 후, 어머니는 걱정스러운 듯 “칼로리가 가장 많은 아이스크림을 골랐어.”라고 말했다. 이 사소해 보이는 행동은 배신의 트라우마 구조를 다시 활성화 시켰다. 즉, 지지해 주어야 할 사람들에게 무시당하는 경험을 반복적으로 경험하는 것이다.

환자는 어린 시절부터 사랑받으려면 자신의 몸을 통제하고, 감정을 숨기고, 외부의 기대에 순응해야 한다고 느꼈다. 이 증상은 역기능적 관계 체계에 대한 충성심의 한 형태이자 어머니의 통제에 맞서 자율성을 주장하는 수단으로 작용했다. 개입은 내면화된 비판적 부분을 다루고, 자신의 몸을 해치지 않고도 보호받고자 하는 욕구를 인정할 수 있도록 네러티브를 구성하는 데 초점을 맞추었다.

이 사례들은 섭식장애 증상이 생애 초기 관계 경험, 병리적 애착 체계, 그리고 자기 조절을 유지하는 해리적 전략의 맥락을 벗어나서는 완전히 이해될 수 없음을 보여준다. 효과적인 개입은 증상이 아직 말로 표현되지 않은 네러티브를 보호하고, 말하고, 상징하는 것이라

는 인식에서 시작된다.

## V. 치료적 시사점

트라우마와 해리에 기반한 관점에서 섭식장애를 치료하는 것은 섭식 행동을 증상으로만 축소하지 않는 치료이다. 임상 경험은 이러한 행동이 매우 혼란스러운 관계 맥락(명백하거나 미묘하게)에서 개인의 정신적 생존을 유지하게 해준 내적 역동성의 표현임을 보여준다. 따라서 개입은 존중적 태도, 점진적 접근, 그리고 체계적 방식으로 이루어져야 하며, 내적 안전을 회복하고 해리된 경험을 통합하는 것에 중점을 두어야 한다.

이러한 치료적 틀은 임상적 일관성과 정서적 담아움을 통해 치료 과정을 지속할 수 있게 한다.

### 1. 안정화와 안전

치료 초기 개입의 목표는 환자가 더 이상 판단 당하거나, 강요 받거나, 무시 당한다고 느끼지 않는 안전한 치료 관계를 구축하는 것이다. 체계의 모든 내적 부분들을 위협 없이 인식할 수 있는 공간을 만드는 것이 필수적이다. 이 단계에는 자기 조절 자원의 개발, 내적 경계 설정, 촉발 요인 파악, 그리고 관찰하는 성인 자기의 강화가 포함된다.

이 단계에서도 신체 작업이 포함된다. 이는 교정적 개입이 아니라, 종종 파편화되고 위협적이거나 이질적으로 느껴지는 신체와 감각운동적 재연결을 위한 수단으로서의 개입이다. 증상을 생존 전략으로 인정함으로써 환자는 자신의 식습관에 대한 적대감을 줄이고 연민을 느낄 수 있게 된다.

### 2. 트라우마 탐색

안정적인 치료적 유대감이 형성되고 환자가 최소한의 자기 조절 능력을 갖추면, 점진적인 트라우마 탐색을 시작할 수 있다. 이 단계에서는 증상의 기저에 있는 고통스러운 기억, 핵심 신념, 그리고 내적 표상에 접근한다. 목표는 트라우마를 다시 경험하는 것이 아니라, 상처받은 부분들이 공감과 인정을 받도록 하는 것이다.

이 단계의 진행 속도는 신중하게 조정되어야 한다. 식습관에 관여하는 각 부분은 고유한 타이밍을 가지고 있다. 치료자의 역할은 치료자의 존재성, 연민 어린 중립성, 그리고 증상

의 보호 기능에 대한 명확한 이해를 바탕으로 이 과정에 동참하는 것이다.

### 3. 통합

치료는 다양한 내적 부분들이 서로를 인식하고, 그 기능을 타당화하며, 통합된 자기를 유지하기 위해 협력하기 시작할 때 정점에 도달한다. 증상은 점차 의미를 잃는다. 증상이 제거되었기 때문이 아니라 더 이상 유일한 대처 기제로 필요하지 않아졌기 때문이다.

통합은 획일성이나 갈등의 소멸을 의미하는 것이 아니라 내적 연결성과 기능의 재조직화를 의미한다. 이전에는 투쟁이나 처벌의 장소였던 신체가 거주 가능하고, 타당하며, 가치 있는 공간으로 경험되기 시작한다. 한때 피했던 정서들이 더 큰 인식과 안전 속에서 존재할 수 있게 된다.

#### 1) 치료자의 역할

이 과정에서 치료자의 역할은 매우 중요하다. 치료자는 단순히 치료기법을 적용하는 것을 넘어 환자의 손상된 애착 역사에 대한 대안적인 안전 기지를 제공하는 조절적 존재감을 실현해야 한다. 분리된 부분들의 출현을 지원하고, 부분들의 표현을 담아주며, 내적 대화를 촉진하기 위해서 변화나 회복에 대한 절박함이 아닌, 깊이 경청하는 자세가 필요하다.

치료자는 증상을 방어수단에서 메시지로 인식하는 단계로 전환하는 내적 체계를 잘 다루어야 한다. 고통이 상징화되고 그 부분들이 인정될 때에만 해리적 구조가 재조직화되기 시작한다. 이 과정에서 환자의 내적 리듬을 존중하는 것은 윤리적, 임상적으로 필수적이다.

## VI. 결론

섭식장애 치료에 대한 광범위한 임상 경험은 전통적인 증상 중심 모델의 효율성과 충분성에 대한 비판적 재평가로 이어졌다. 행동중심 접근은 역기능적 섭식행동을 일시적으로 줄일 수 있지만 근본적인 심리적 고통의 구조에 변화를 가져오는 경우는 드물다. 행동중심 접근의 주요 한계는 피상적이라는 점이다. 증상의 진정한 근원이 있는 구조적 차원을 다루지 않고 음식 섭취, 체중, 신체 이미지와 같은 가시적인 측면에만 초점을 맞춘다.

섭식장애 증상은 자기 통제의 실패나 고립된 병리적 증상이 아니다. 이는 해결되지 않은 관계 문제에 대한 오래된 해결책이며, 트라우마, 버림받음, 충성심, 단절의 상징적 표현이다. 따라서 환자의 애착 체계, 통합되지 않은 상태들 또는 해리 부분들, 그리고 외상 기억의 저장소로서의 신체에 대한 깊은 이해 없이 섭식장애에 접근하는 것은 임상적으로 비효

과적이며, 윤리적으로도 문제가 된다.

본 논문에서 제안한 개입은 관계 트라우마 패러다임에 기반을 두고 있으며, 이 패러다임에서 증상은 생존에 필요한 조치를 취한 내적 체계의 기능적 구성 요소로 간주한다. 이 모델은 치료자가 행동 통제 논리를 넘어, 조율된 경청, 구조적 존중, 그리고 치료적 동반자의 자세를 취할 것을 요구한다.

이러한 패러다임의 전환은 임상 실재와 연구 모두에서 중요한 시사점을 갖고 있다. 임상적으로는 내적 부분들의 통합, 내적 안전 기지 재건, 그리고 트라우마 심리치료에서 신체에 중점을 둔 치료 개입의 개발이 필요하다.

## 참고문헌

- Calvi, C. (2005). {Referencia sobre la relación entre abusos TA, citada en el PowerPoint}. [Datos bibliográficos no especificados en la fuente primaria].
- Freyd, J. J. (2008). Betrayal trauma. In J. J. Freyd & B. A. DePrince (Eds.), *Trauma and cognitive science: A meeting of minds, science, and human experience* (pp. [números de página no indicados]). Springer.
- Gustafson, T. B., & Sarwer, D. B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews*, 5(3), 129-135. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2004.00145.x>
- Shuder, M. R., & Lyons-Ruth, K. (2004). Hidden trauma, silent trauma: How childhood relational trauma contributes to depression in adulthood. *Psychoanalytic Psychology*, 21(2), 364-384. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.21.2.364>
- Seijo, N. Eating Disorders and Disociation. (2015) ESTD Newsletter. Vol. 4, number 1.
- Seijo, N. Key Points in the Psychotherapeutic Treatment of Obesity. *Journal of Obesity and Nutritional Disorders*. (2018) Doi: 10.29011/2577-2244. 100028 (autora).
- Seijo, N. (2016). No One is On My Side: A Clinical Example of the role of Abuse in Eating Disorders. ESTD Newsletter.
- Seijo, N. Chapter 64 Psychotherapeutic Treatment of Eating Disorders and Complex Trauma with EMDR Therapy. EMDR France Manual. (2022) Cyril Tarquinio. Ed Dunod.
- Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes-Rodríguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating Disorders*, 22(1), 33-49.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton.

Van der Kolk, B. A. (1998). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

투고일: 2025. 05. 31

수정일: 2025. 07. 19

게재확정일: 2025. 07. 30