

Sobre la melancolía y sus múltiples formas clínicas: anorexia y bulimia como posibles formas de autoaniquilación.

Grosso, Maria Veronica y Salusky, Violeta.

Cita:

Grosso, Maria Veronica y Salusky, Violeta (2025). *Sobre la melancolía y sus múltiples formas clínicas: anorexia y bulimia como posibles formas de autoaniquilación. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/350>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/E0q>

SOBRE LA MELANCOLÍA Y SUS MÚLTIPLES FORMAS CLÍNICAS: ANOREXIA Y BULIMIA COMO POSIBLES FORMAS DE AUTOANIKILACIÓN

Grosso, Maria Veronica; Salusky, Violeta

GCBA. Hospital de Salud Mental “J. T. Borda”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Nos proponemos en este escrito interrogar la posible relación entre aquello que Freud nombraba como “las múltiples formas clínicas de la melancolía” y las anorexias - bulimias, como modos de presentación subjetiva, ajenos al síntoma en su sentido clásico. Para esto haremos un recorrido sobre el concepto de melancolía desde el psicoanálisis y sobre las particularidades de estas presentaciones antes mencionadas. Esto nos llevará a interrogar tanto la estructuración del yo en la vía del narcisismo, como la pertinencia particular que la instancia superyoica cobra, según Freud, en la melancolía pero también, como constatamos en la clínica una y otra vez, en las anorexias - bulimias. Este escrito encuentra su origen y fundamento en el encuentro con una clínica que interroga las categorías clásicas que introducen la oposición entre neurosis y psicosis, al tiempo que imponen un abordaje clínico que nos conduce a los bordes de la transferencia, cuestionando la eficacia de la interpretación, como herramienta de la técnica propia del método analítico inventado por Freud. Poner en serie la melancolía con las anorexias y bulimias abrió los interrogantes que promueven y guían este escrito.

Palabras clave

Melancolía - Anorexia/bulimia - Yo cuerpo superyó

ABSTRACT

ON MELANCHOLY AND ITS MULTIPLE CLINICAL FORMS: ANOREXIA AND BULIMIA AS POSSIBLE FORMS OF SELF-ANNIHILATION

In this paper, we propose to examine the possible relation between what Freud called “the multiple clinical forms of melancholy” and anorexia-bulimia, as modes of subjective presentation, unrelated to the symptom in its classical sense. To this purpose, we will make revision of the concept of melancholy from a psychoanalytic perspective and the specific characteristics of these aforementioned presentations. This will lead us to question both the structuring of the ego along the path of narcissism and the particular relevance that the superego authority has, according to Freud, in melancholia, but also, as we repeatedly observe in clinical practice, in anorexia and bulimia. This essay finds its origin and foundation in an encounter with a clinic that questions the classical categories that introduce the opposition between neurosis and psychosis, while imposing

a clinical approach that leads us to the edges of transference, questioning the efficacy of interpretation as a tool of the technique inherent to the analytical method invented by Freud. Connecting melancholia with anorexia and bulimia opened up the questions that prompt and guide this essay.

Keywords

Melancholy - Anorexia/bulimia - Ego body superego

LA MELANCOLÍA EN FREUD: su conjunción con el duelo ¿está tan justificada?

Si proponemos poner en serie la melancolía con las anorexias - bulimias es porque la clínica nos ha puesto más de una vez frente a la pregunta acerca del valor que puede cobrar en algunos casos, ese dejar de comer propio de la anorexia. Nos preguntamos: ¿se trata de una forma de autoaniquilación?. ¿Siempre puede ser leído en este sentido o hay variables singulares que permiten otras lecturas?

Empezaremos nuestro recorrido desde el modo en que Freud entiende la melancolía, a la que muy tempranamente en su obra, ubica como “paralela” a la neurosis alimentaria. Al decir de Freud en el Manuscrito G: “la famosa anorexia nervosa de las niñas jóvenes (...) parece (luego de una observación detenida) una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada” (Freud, 1896, p. 240) y equipara en este sentido la pérdida de apetito con una pérdida de libido.

Surgen de esta temprana referencia freudiana al menos dos cuestiones: por un lado, la anorexia ya era famosa en 1895 y su correlato con la emergencia de la pubertad era evidente para Freud; por otro lado, también era evidente que estas neurosis alimentarias no afectan directamente al apetito sino a lo libidinal. Un poco más adelante, en el mismo escrito, dirá que en la melancolía se padece de un “agujero en lo psíquico” (Freud, 1896, p. 246) que nos lleva a otro momento de la elaboración freudiana, en “Duelo y Melancolía” donde expresa, que “a raíz de idénticas influencias” (Freud, 1915, p. 241) en algunas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía, lo que lleva a sospechar en ellas “una disposición enfermiza” (Freud, 1915, p. 241). Leemos en esta afirmación la ruptura de la conjunción entre duelo y melancolía que a Freud le parecía tan justificada

en el inicio del escrito y nos preguntamos, acerca de este agujero en lo psíquico que ahora pusimos en serie con esa enigmática disposición enfermiza.

Para el caso de la melancolía, así como para el de las anorexias - bulimias, con las que intentamos establecer un paralelismo, ¿cuáles son las condiciones y/o accidentes y/o fracasos del tránsito por la constitución subjetiva que determinan el hecho de que se produzca en esos casos una modalidad de respuesta al malestar psíquico, lejana y distinta del síntoma como ciframiento del Inconsciente? Retomaremos éste interrogante más adelante en nuestro desarrollo.

A Freud no se le escapa que si bien duelo y melancolía comparten caracteres como el dolor, la desazón, el desinterés por el mundo exterior, la inhibición de toda productividad, etc., lo que particulariza a la melancolía es el empobrecimiento del yo, una “extraordinaria rebaja” (Freud, 1915, p. 243) en el sentimiento de sí, que no se halla en el duelo. En este sentido es que el melancólico describe a su yo como “indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo” (Freud, 1915, p. 244). Lo que completa el cuadro de este “delirio de insignificancia” es el “desfallecimiento, en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida” (Freud, 1915, p. 244). Volviendo al contrapunto con el duelo, Freud destaca con lucidez que si bien en ambos se trata de la reacción frente a una pérdida, la misma cobra un estatuto particular en la melancolía. Por un lado, dicha pérdida cursa en lo inconsciente, por el otro, no se trata tanto de la pérdida de un objeto, como de una pérdida en el yo. Es que, como dice Freud, “la sombra del objeto cayó sobre el yo” (Freud, 1915, p. 246), de manera tal que la pérdida del objeto se mudó a una pérdida del yo, éste puede que sepa a quién perdió, pero desconoce “lo que perdió en él” (Freud, 1915, p. 243). Esto solo puede ocurrir cuando la relación con el objeto está caracterizada por un conflicto de ambivalencia. Una ambivalencia que no es constitucional y propia o inherente a todo vínculo de amor, sino que nos conduce a un orden distinto, el de “vivencias traumáticas con el objeto” (Freud, 1915, p. 254) que introducen una dimensión de lo inconsciente, otra, heterogénea al “reino de las huellas mnémicas” (Freud, 1915, p. 253), una dimensión que Freud recién podrá conceptualizar a la altura de la segunda tópica.

Por todo esto es que “la melancolía puede surgir en una gama más vasta de ocasiones que el duelo” (Freud, 1915, p. 253), abarcando situaciones de “afrenta, de menosprecio y de desengaño” (Freud, 1915, p. 248) en virtud de la cual el conflicto de ambivalencia se coloca como una premisa de la melancolía.

La melancolía nos enseña, dice Freud, que hay una regresión de la investidura de objeto, con el cual se sostiene un conflicto de ambivalencia, de modo tal que el yo se trata a sí mismo como un objeto, identificándose narcisísticamente con éste, “la introyección del objeto es aquí una evidencia innegable” (Freud, 1921, p. 103), a la vez que también nos muestran otra cosa:

un “yo dividido, descompuesto en dos fragmentos, uno de los cuales arroja su furia contra el otro” (Freud, 1921, p.103), “haciéndolo sufrir y ganando en este sufrimiento una satisfacción sádica” (Freud, 1915, p. 249) que da cuenta del goce en juego en el automartirio melancólico. Un goce que, enmendado el lugar del sadismo, podremos leer en términos del masoquismo moral, cuya “peligrosidad se debe a que desciende de la pulsión de muerte (que) corresponde a aquel sector de ella que se ha sustraído a su vuelta hacia afuera como pulsión de destrucción” (Freud, 1923, p. 176). Esto nos explica la inclinación del melancólico al suicidio, no sin dar cuenta también del lugar particular que el superyó cobra en estas afecciones.

La pregunta que cabe en estos casos es, toda vez que, como afirma Freud, “soportar la vida sigue siendo el primer deber de todo ser vivo” (Freud, 1915, p. 301) ¿por qué para ciertos sujetos soportar la vida se torna un desafío imposible? ¿Qué premisas explicarían que el yo se entregue a la voracidad y crueldad del superyó, al punto tal de considerarse indigno de vivir?

Ahora bien, volviendo a nuestro punto de partida, ese paralelismo que encontramos entre la melancolía y aquellas “neurosis alimentarias” del Manuscrito G, ¿acaso la descripción del automartirio melancólico, o la rebaja del sentimiento de sí que probablemente lo precede, así como esa dimensión sádica del superyó, desamarrada del Ideal, no son registros clínicos que escuchamos a diario, en el decir de pacientes que padecen trastornos que el DSM nombra como trastornos de la conducta alimentaria?

ANOREXIA - BULIMIA ¿UNA DE LAS FORMAS CLÍNICA DE LA MELANCOLÍA?

Freud destaca en “Duelo y Melancolía” que la melancolía, “se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada” (Freud, 1915, p. 241). No pretendemos hacer una unidad de la serie propuesta entre melancolía y anorexias - bulimias, pero sí hallar aquellos puntos de encuentro que permiten leer un paralelismo.

Así como en la melancolía el objeto recae sobre el yo, que entonces se auto denigra, en la clínica de la anorexia-bulímica encontramos que es el cuerpo el que ocupa ese lugar. Aquel delirio de insignificancia que el melancólico supone a su yo, descrito tan claramente por Freud en “Duelo y Melancolía”, no se aleja del trato que las anoréxicas dan a su cuerpo, el cual es vivenciado con “odio, asco, rechazo, no merecedor de alimentos”. B confiesa haber estado años sin lavarse los dientes por no consumir las milésimas calorías de la pasta dental. M ya no registra el cuerpo, sus sensaciones, ni siquiera siente sed pero tampoco el placer de una ducha caliente cuando hace frío. Rechaza su cuerpo. Busca estar anestesiada. Quedarse sin cuerpo. Ser una “máquina de hacer” que pueda sustraerse del peso que implica tener un cuerpo.

¿Por qué el cuerpo podría volverse una cuestión de peso, un peso tan insoportable que impone su aniquilación? Son cuerpos deslibidinizados, presos de una pura pulsión de destrucción, muda, que mata lentamente. Cuerpos que parecen haber perdido, (o será que aquello nunca alcanzó a constituirse de ese modo), zonas erógenas de las cuales extraer placer. Más bien creemos que se trata de cuerpos que padecen de un exceso de goce, que contraría el principio del placer. ¿Será posible pensar entonces en cuerpos, más que erógenos, mortificados? Cuestión que nos lleva a detenernos en la constitución del yo - cuerpo en el sujeto humano, con la especificidad que esto cobra en estas presentaciones clínicas que nos interrogan.

EL YO - EL CUERPO Y LA TIRANÍA DEL SUPERYÓ EN LAS AFECCIONES NARCISISTAS

Tanto el cuerpo como el yo son construcciones, es decir requieren de operaciones psíquicas y están, siguiendo a Freud, sujetas al peligro de la fijación, regresión y detención. Es con este orden de perturbaciones de las operaciones psíquicas, con las que nos encontramos en la clínica que nos ocupa: cuerpos que no se presentan como objetos amables para el Ideal, por el contrario, son merecedores de malos tratos, ayunos al extremo de la inanición, cortes profundos, ideales tiránicos de delgadez que exigen al yo obediencia y sumisión. S. decía que cuando cede a las ganas de comer, es débil. A. significa los cortes en sus brazos como marcas del castigo que merece cada vez que come. Tal y como nos lo advierte Freud, “el afán masoquista del yo permanece en general oculto para la persona y se lo debe descubrir por su conducta (es entonces que) para provocar el castigo (...) el masoquista se ve obligado a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir las perspectivas que se le abren en el mundo real y, eventualmente, aniquilar su propia existencia real” (Freud, 1923, p. 175).

Junto con esta “disposición” masoquista del yo, que ya no nos resulta una tendencia tan enigmática, hallamos esa “hemorragia interna” (Freud, 1896, p. 245), ese agujero en lo psíquico catalizador de libido que permite explicar ese extrañamiento del mundo exterior, propio del trabajo que impone la melancolía. Tenemos entonces: el retiro de la investidura libidinal de los objetos, con un yo empobrecido y fijado al automartirio, con una economía libidinal particular, es decir identificado narcisísticamente con el objeto.

Todos estos elementos convergen en las Neurosis Narcisistas, como categoría clínica, en la que Freud incluye a las melancolías no psicóticas, y en la que podríamos entonces, en virtud de los puntos de encuentro hallados, incluir aquellas anorexias - bulimias que no se corresponden con un modo de anudamiento en la psicosis, pero tampoco con la histeria que hace de la nada un soporte para su deseo. Nos referimos a aquellas anorexias

- bulimias que son llamadas fundamentalistas, veras, graves, cuyas expresiones son la encarnación misma del superyó que empuja a un goce mortífero y mortificante. Para la anoréxica, controlar su cuerpo significa también “desvitalizar la investidura pulsional de los objetos del mundo, no depender de ellos para su satisfacción” (Cosenza, 2022, p. 232) lo que indica que se trata de un goce narcisista; siendo entonces los desarrollos acerca del narcisismo, una cuestión central para comprender estas modalidades de presentación subjetiva.

Freud localiza en las afecciones narcisistas un “conflicto entre el yo y el superyó” (Freud, 1924, p.158) y dirá que es precisamente la conducta del superyó, aquello que decide “la gravedad de una neurosis” (Freud, 1923, p.51). En la anorexia-bulimia encontramos también, como dijimos previamente, un superyó sádico y tirano frente al cual el yo nunca está a la altura. Ambas comparten entonces la categoría de, entendiendo a esta clínica como aquella que “pone en juego las condiciones mismas de su tratabilidad, al oponerse radicalmente a la acción simbólica propia de la operación psicoanalítica” (Recalcati, 2008, p. 132).

¿Qué destino esperar para un sujeto que de su origen le retorna una y otra vez la frase dicha por su madre: “ojalá te hubieras quedado en el preservativo”? ¿Qué consecuencias puede suponer para la vida de N. a quien su padre “no le daba de comer” al tiempo que alimentaba a sus hermanas? ¿Qué marcas quedan en un cuerpo que en vez de ser sostenido al decir de Winnicott por una “madre suficientemente buena”, recibe golpes y mordeduras de esta por ponerse ropa atractiva por temor a que sedujera a su padre?

Winnicott advierte que lo peor que puede ocurrir es que “el ambiente facilitador, (haya) sido, no deficiente, sino atormentador” (Winnicott, 1963, p.115). En los historiales clínicos de estas pacientes solemos encontrarnos con vínculos familiares nombrados como “narcisistas-especulares” (Cosenza 2018) en los cuales se sostiene una economía de goce de circuito cerrado sin mediación simbólica. Niños ubicados como el producto de un complemento narcisista o bien niños arrojados como un objeto de deshecho. En ambos casos se trata de un lugar problemático, que va del pegoteo adhesivo al rechazo más rotundo, ambas caras de una misma moneda, que remiten a un Otro que no ha ofrecido suficientemente su falta para hacer de ese niño el objeto de “un deseo que no sea anónimo” (Lacan, 1969, p.56). Lugar que por estructura remitirá a los fracasos en el tránsito de la constitución subjetiva, que tanto la melancolía, como las anorexias - bulimias, exponen en sus presentaciones clínicas. Se trata de dos extremos que confluyen en un mismo problema: ¿cómo perderse/separarse de ese lugar de objeto de un goce mortificante?

Proponemos releer, desde estas coordenadas, las referencias freudianas con las que empezamos nuestro trabajo, acerca de la etiología melancólica y pensar las anorexias - bulimias como

respuestas solidarias de ese problema que ubicamos en el orden de la separación de un no - lugar en el Otro, en tanto tal inhabitable y del cual “irse” resulta infructuoso. ¿Cómo alguien podría irse/perderse/separarse de un lugar que no se tiene? ¿Serían entonces estas anorexias - bulimias intentos de respuesta a dificultades en el orden de la separación, como una de las operaciones fundantes en la constitución subjetiva? ¿No es acaso el suicidio -ya sea mediante un acto o por la “cadaverización progresiva del cuerpo”- uno de los modos que encuentra el sujeto para lograr una separación” absoluta e irreversible (Recalcati, 2008, p.134)?

TRANSFERENCIA Y AFECCIONES NARCISISTAS

La posibilidad o no de constituir una neurosis de transferencia, como dispositivo clínico, es lo que delimita en un primer momento para Freud el campo de lo analizable y de lo que queda por fuera. La transferencia se convierte entonces en el campo de batalla en el cual se crea un nuevo conflicto con la persona del médico y desde dónde se interviene para generar una transformación. Será entonces la “relación con el médico” (Freud, 1917 p. 414) la que decida el resultado de esta lucha. Pero, este proceso de tratamiento, halla su límite en la “falta de movilidad de la libido y en la “rigidez del narcisismo” (Freud, 1917, p. 414). Encontramos en esta aparente “barrera” transferencial otro punto de encuentro entre la melancolía y la anorexia ¿Cómo traspasar este “muro narcisista” (Freud, 1917, p. 385)? ¿Son rasgos que vuelven a estas afecciones incapaces de establecer una transferencia operativa y por ello, “inmunes a la terapia psicoanalítica (Freud, 1917 p. 399)?”.

Las anorexias-bulimias se presentan inicialmente también con una barrera. Sin demandas o con una demanda débil de tratamiento, son traídas por otros. Están aferradas a su condición de “anorexia-bulímica” que impresiona inamovible. No vienen desde la pregunta sino desde la respuesta. Aquello que les pasa no interroga; tampoco genera sufrimiento; son sus otros quienes, a veces, sufren por ellas al verlas entregarse a esta deriva pulsional mortífera. Es necesario un trabajo preliminar para que el síntoma implique un costo y el sujeto ceda, al menos algo, de esta fijación (que creemos ya haber situado suficientemente desde la complementariedad entre el yo masoquista y el superyo sádico). Proceso largo - a veces logrado y otras no- que requiere de “paciencia[i]” por parte del analista, que presta su palabra, su escucha y su presencia para que en esa relación transferencial, que adopta modalidades muchas veces pasionales, no carentes de riesgo, se constituyan aquellas operaciones no concluidas en el tránsito de la constitución subjetiva. Se trata de “una práctica de lo constitutivo” (Cancina, 2012, p.194), no de la suplencia como en la psicosis, ni tampoco de la interpretación como en las neurosis de transferencia.

Es Freud, en una nota al pie en El yo y el Ello quien quizá aporte una clave posible para el abordaje de estas presentaciones clínicas. Reconociendo la dificultad del analista para luchar contra “el obstáculo del sentimiento inconsciente de culpa” (Freud, 1923, p.51), dirá que la “chance” de influir sobre él depende primordialmente de intensidad del sentimiento de culpa pero, “quizás también dependa de que la persona del analista se preste a que el enfermo la ponga en el lugar de su ideal del yo, lo que trae consigo la tentación de desempeñar frente al enfermo el papel de profeta, salvador de almas, redentor. Puesto que las reglas del análisis desechan de manera terminante semejante uso de la personalidad médica, es honesto admitir que aquí tropezamos con una nueva barrera para el efecto del análisis, que no está destinado a imposibilitar reacciones patológicas, sino a procurar al yo del enfermo la libertad de decidir en un sentido o en otro.” (Freud, 1923, p.51) Si queda excluido ceder a las demandas del paciente derivadas de la transferencia, y “sería absurdo rechazarlas amistosamente o con indignación” (Freud, 1917, p.403) ¿qué hacer con aquello que se nos transfiere y por lo cual la transferencia “se convierte entonces en el campo de batalla” (Freud, 1916, p.413)? Freud indica que la abstinencia y la neutralidad son los resortes en los que se sostiene la posición del analista, pero también advierte que trabajamos “con las fuerzas más explosivas” (Freud, 1915, p.173). Pensamos que para una clínica que se ubica en los bordes de la transferencia, el desafío será sostener una vacilación calculada de la neutralidad y la abstinencia.

Para finalizar dejamos abierto el interrogante respecto a cómo abordar estas presentaciones que han estado desde el inicio de la obra de Freud hasta la actualidad en los “bordes” de lo analizable-inanalizable. ¿Se trata de ocupar el lugar del ideal del yo pero sin ese componente sádico? ¿Será ocupar ese lugar de objeto resto/desecho que se nos transfiere, apostando así a una separación del sujeto de ese lugar tan mortificante, diferente a la separación mediante un posible acto suicida? ¿Podría ser el prestar vida a aquello que sólo conoce lo mortífero? A veces se trata al menos de darle al sujeto una esperanza.

Retomando nuestro interrogante inicial sostenemos que la anorexia grave y la melancolía tienen un punto estructural en común, el cual las emparenta clínicamente ¿Podría pensarse que esta “identidad”, esta nominación de ser a la que el sujeto se identifica adhesivamente le es necesaria para no encontrarse con este agujero, esa hemorragia interna con la que Freud nombra a la melancolía desde sus inicios?

NOTA

[i] D. Rabinovich dirá que “el problema clínico que nos presentan (estas presentaciones) es que exigen cierto tiempo de trabajo”. Rechaza enfáticamente la idea común de que estos pacientes son inanalizables y dice “creo se debe más a la falta de paciencia de los analistas, que a una falta del paciente”. (Rabinovich, 2016, p.37).

BIBLIOGRAFÍA

- Amigo, S. (1995). "El análisis en los bordes" en Bordes ... un límite en la formalización Homo Sapiens Ediciones.
- Cancina, P. (2012). El dolor de existir ... y la melancolía. Letra Viva.
- Cosenza, D. (2018). La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios. Ned ediciones.
- Freud, S. (1895). "Manuscrito G" en fragmentos de la correspondencia con Fliess Obras Completas, Vol I. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914-1916). "Introducción al narcisismo" en Obras Completas Vol XIV. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914-1916). "Duelo y melancolía" en Obras Completas Vol XIV. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1916-1917). "Conferencia 26" en Obras Completas Vol XVI. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1916-1917). "Conferencia 27" en Obras Completas Vol XVI. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). "El yo y el ello" en Obras Completas Vol XIX. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923-1925). "El problema económico del masoquismo" en Obras Completas Vol XIX. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1920-1922). "Psicología de las masas y análisis del yo" en Obras Completas Vol XVIII. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1916-1917). "Conferencia 28" en Obras Completas Vol XVI. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915). "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" en Obras Completas Vol XII. Amorrortu editores.
- Heinrich, H. (2014). Locura y melancolía. Letra Viva.
- Karpel, P. (2023). El cuerpo como enemigo en la anorexia Xoroi Ediciones.
- Lacan, J. (1988). Dos Notas sobre el niño. Intervenciones y Textos 2. Manantial.
- Rabinovich, D. (2016). Una clínica de la pulsión: las impulsiones. Manantial.
- Recalcati, M (2008). Clínica del vacío, anorexias, dependencia, psicosis. Editorial Síntesis.
- Recalcati, M (2011). La última cena: anorexia y bulimia. Ediciones del cifrado.
- Winnicott, D. (1963). "El miedo al derrumbe" en Exploraciones Psicoanalíticas. Paidós.