

# Quan l'amor del subjecte fa mal l'objecte<sup>1</sup>

Francesc Sáinz Bermejo

## Resum

*L'article reflexiona sobre certs conceptes psicoanalítics i les seves repercussions tècniques. L'autor opina sobre la importància d'obrir diferents espais de pensament seguint autors d'escoles diverses, fa un recorregut partint de l'espai potencial sobre psicoteràpia i psicoanàlisi, holding i interpretació, sobre l'agressivitat i la pulsio de mort per arribar a quan l'amor del subjecte fa mal l'objecte. L'èmfasi del treball està posat en les aportacions d'alguns autors del middle group britànic, com ara Fairbairn, Balint i Winnicott. Sáinz Bermejo afirma que aquests autors estan més pròxims a la teoria de les relacions objectals, considerant a Klein una autora de caire més instintivista.*

## L'espai potencial

El que més m'interessa en aquest moment com a psicoterapeuta i psicoanalista és la reflexió sobre l'experiència. Em criden l'atenció especialment les teories, però, sobretot, la tècnica i el poder pensar en veu baixa i en veu alta amb els companys, mestres i alumnes. Aquest és el fruit més ric del nostre ofici.

Aquestes reflexions poden fer-se des de l'òptica que sigui, seguint l'escola o els autors que un tingui de referència, però em sembla convenient fer-ho des de l'espai potencial.

L'espai potencial es troba entre el món intern i l'extern, entre la subjectivitat i l'objectivitat. És un espai on te lloc la flexibilitat, el joc, l'entrar i el sortir. És un espai de confiança entre el nadó i la mare, confiança en les pròpies capacitats i en la importància de que algú sortirà al nostre encontre. És l'espai on té lloc la creativitat. Al cap i a la fi, entre el fora i el dins és on passem la major part del nostre temps. L'espai potencial és un concepte de **Winnicott** (1971) i jo penso que té a veure amb l'espai i els fenòmens transicionals. El nen necessita d'una transició, d'un viatge progressiu des de la fusió amb la mare fins a la diferenciació, quan es donen els fenòmens transicionals es forma l'espai transicional, la

seva dimensió porta a tenir un espai potencial, en l'adult ja existeix la diferenciació, el potencial significa posseir capacitats que resten a l'espera de manifestar-se i desenvolupar-se. M'agrada pensar que sempre tenim molt per evolucionar i que cada pacient i cada experiència t'amplia les pròpies conviccions o les modifica.

Cada terapeuta i cada analista ha de sentir-se autèntic en el seu treball. Si es veu obligat a servir a amos poderosos i intransigents emparentats amb el superjo rígid, no desenvoluparà les seves capacitats. Aquests amos poden ser les teories mal utilitzades. Pot ser un supervisor que adoctrina i no respecta al supervisat. Pot ser un excés de submissió i d'acatament. Tot això té a veure amb el fonamentalisme, que creix sobre arrels narcisistes i és contrari a la creativitat.

Cal transmetre el coneixement psicoanalític per estimular el pensament com diria **Bion**. No és adient si aquest es transmet com una veritat revelada i si el que ho rep ho sent com algú que aconseguirà la il·luminació quan posseeixi el saber.

**Freud** va descobrir un mètode, va aprendre dels seus pacients i va edificar teories. Amb l'experiència va modificar la tècnica. Com diu **Armengol** (1994), el més important és el mètode, ja que les teories poden ser falses. El més important és aprendre a pensar sobre l'experiència, no importa tan si això està d'acord o no amb determinada teoria. Les teories fan mal quan més pròximes estan dels dogmes.

La psicoanàlisi ens permet comprendre molts aspectes de la vida humana. **Freud**, al igual que **Nietzsche** i també **Marx**, ha estat considerat com a filòsof de la sospita, ja que consideren que les coses són més complexes del que es veu a simple vista. Mereix la pena endinsar-se en certes profunditats per no emetre judicis excessivament parcials i reduccionistes. La ciència oficial sovint peca de mantenir un pensament excessivament concret i parcial, procurem doncs no cometre el mateix error des de la psicoanàlisi.

La psicoanàlisi ens ensenya que existeixen àrees de la ment no directament observables (l'inconscient), que el conflicte i les ansietats són inherents al fet de viure, que el ser humà necessita defensar-

se d'allò insuportable, que la forma de defensar-se permet conèixer la seva estructura mental, que existeixen unes pulsions innates i biològiques que ens porten inexorablement cap a la relació humana (una és la sexual en el sentit ampli i concret i una altra, l'agressivitat que un cop es perverteix esdevé destructivitat), que les vivències del passat marquen el present, que res no mort del tot (es tendeixen a repetir els conflictes fins que es poden elaborar suficientment), que és més important canviar per dins que canviar per fora, que per cada humà les experiències són personals i intransferibles, que les fantasies ens acompanyen en tots els fenòmens i situacions que vivim, que els sentiments han de fluir lliurement i que cal parlar d'ells amb la seguretat que algú podrà escoltar-los sense emetre judicis ni condemnes.

Amb cert apassionament diria que tota professió assistencial hauria d'exercir tenint en compte aquestes i d'altres qüestions psicoanalítiques que ja formarien part del patrimoni comú de les diferents disciplines.

Vull ara (sense marxar de l'espai potencial, amb l'esperança que ara sigui espai compartit amb el lector) comentar alguns punts de vista per a mi importants.

### Els autors

**Freud** és un geni intel·lectual sobre el qual s'edifica la psicoanàlisi, igual que **Newton** ho és per la física i la cosmologia. Per **Armengol, Newton**, en contra del racionalisme cartesià, creu que no es pot acceptar sense crítica l'autoritat de cap principi general. Per això, com ja he dit en un altre lloc (**Sáinz, 1997**), m'amoïna l'expressió sovint escoltada en espais psicoanalítics de tot està en **Freud** o tot està en **Klein**. La vàlua d'aquests autors és inqüestionable, però al meu entendre, quan s'és absolut en el judici, es desvirtuen les seves aportacions. És massa absolut estar d'acord amb tot el que diu un autor. No es pot mantenir un acord incondicional per qüestions de partit, com fan alguns polítics. La ciència ha de ser més lliure.

Per ser terapeuta o psicoanalista és imprescindible conèixer i pensar en **Freud**. En el nostre mitjà geogràfic és possible i mereix la pena estudiar a **Klein**, al igual que molts postkleinians de relleu. **Hanna Segal**, tot i que es diu que és més kleiniana que la pròpia **Klein**, ha estat des de fa molts anys una divulgadora i reelaboradora de les principals aportacions d'aquesta autora. **Wilfred Bion**, autor indispensable; **Meltzer**, molt seu, però alhora bri-

llant, tot i havent marxat de l'API, és un referència constant en el món psicoanalític actual, **H.**

**Rosenfeld, B. Joseph...** Molts d'ells analitzats directament per **Klein** i tots ells diferents i amb un pensament força fecund. En l'actualitat mereixen el reconeixement autors com **Steiner** o **Feldman**, dos mestres i col·legues britànics. Cal però llegir altres autors, ni que sigui per no quedar-nos en una monogàmia familiar. Respecte **Rosenfeld**, vull assenyalar que és especialment important la seva aportació en el llibre pòstum *Impasse e interpretación* (1987). En aquestes pàgines trobem un **Rosenfeld** madur que revisa la seva pròpia obra amb interessants innovacions sobre el tema de l'impasse. Al meu entendre s'aproxima a alguns autors del *middle group* britànic i també a alguns aspectes de l'obra de **Kohut**.

M'agradaria destacar alguns dels que jo conec. Dels antics crec que aniria bé, quan es pugui, llegir a **Abraham** i a **Ferenczi**, que van tenir entre la seva clientela de pacients a **Klein**. D'autors posteriors, crec que val molt la pena estudiar a **Balint**, especialment el seu treball sobre la falla bàsica, també a **Fairbairn**. Considero de gran importància estudiar a **A. Freud**, no precisament la jove **Anna Freud** de quan les controvèrsies dels anys 40, sinó l'**Anna Freud** dels últims anys; també afegirira **Hartman** i **Kohut** i m'agrada especialment recomanar i estudiar **Winnicott**. Hi ha molts més que us convido a anomenar, jo estic molt disposat a engrandir la llista. Alguns pensareu que no es pot llegir tant i estic d'acord, però quan ja es té una base psicoanalítica, no abans, mereix la pena conèixer diferents autors. **Winnicott** és per a mi un autor molt valuós, però no estic d'acord amb alguns punts de la seva obra al igual que em passa amb **Klein** i amb **Bion**, quan l'entenc.

### Psicoteràpia-Psicoanàlisi.

#### Algunes qüestions tècniques

Sempre resulta profitós tractar de conèixer les similituds i les diferències. Tots els que ens dediquem a aquest ofici sabem que no és el mateix. Hi ha companys a casa nostra que han escrit al respecte, per exemple **Josep O. Esteve** (1984), **Folch, Hernández** (1987) i **Coderch** (1987), entre d'altres.

Simplement voldria destacar alguns punts per la reflexió. La psicoanàlisi i la psicoteràpia psicoanalítica tenen molt més en comú que de diferent, principalment l'objectiu bàsic de les dues és el tractament del sofriment humà. La finalitat és, per tant, terapèutica. El mètode principalment és el mateix:

l'associació lliure i l'atenció flotant. La transferència tindrà lloc de forma espontània. Alguns afirmen que en la psicoteràpia no s'ha d'interpretar mai o quasi mai i en psicoanàlisi s'ha d'interpretar sempre o quasi sempre. La pròpia **Klein** va arribar a dir que en tota sessió ha de fer-se almenys una interpretació transferencial. Jo crec que la transferència ha de ser recollida sempre i interpretada quan cal, ni sempre ni mai, en psicoteràpia o en anàlisi. Crec també que al pacient no se l'ha de portar per sistema a la transferència ni tampoc a cap lloc concret, sinó que és ell el que ha de venir i nosaltres facilitar-li el camí.

Si pensem que el més important és que el pacient associï o dissociï amb llibertat, les nostres intervencions han de servir sobretot per obrir espais mentals. Potser el pacient és capaç de fer autèntiques associacions lliures quan és pròxim a l'acabament de l'anàlisi o de la psicoteràpia. Un abús excessiu de la interpretació transferencial pot tancar portes en lloc d'obrir-les, igual que tota interpretació adequada però inoportuna també ho fa. En ocasions, però, és necessari mostrar la transferència al pacient i sobretot ajudar-lo a establir connexions, ajudar-lo a associar el que està dissociat; també no verbalitzar i interpretar la transferència podria ser un error tècnic en psicoteràpia o en anàlisi. No obstant, vull comunicar-vos que em preocupa la pròtesi tècnica i l'apoteagma que diu que és la interpretació transferencial el que modificarà l'estructura del pacient. Si és oportuna, potser sí, però si no ho es podria donar una involució en lloc d'una evolució.

De la mateixa manera penso sobre la sovint insistent forma d'interpretar l'angoixa de separació.

Probablement, l'escola kleiniana és la que dona més valor a aquesta qüestió i això està molt bé. Hem de comunicar això a altres col·legues, metges, mestres, treballadors socials... Els canvis afecten a l'individu, els canvis s'han de preveure. Però cada vegada que el pacient i nosaltres ens separem, per cap de setmana o per vacances, el significat mental pot ser diferent. Potser el pacient se sent abandonat, enyorat del tractament, enrabiat o gelós. Potser se sent aliviat i potser necessita desfer-se de la nostra presència i de la nostra paraula, potser és més difícil per ell el reencontre que la marxa. Potser està tan regressiu o poc estructurat que no sent l'absència. Passa alguna cosa semblant quan el pacient calla o inclòs no ve a alguna sessió. Abans d'interpretar hem de saber on es troba el pacient. Quien calla otorga, diu una dita popular castellana, però la realitat és que qui calla no diu res (**Poca**, 1994) de moment. No treballem millor quan interpretem més, ni tampoc quan més interpretacions transfe-

rencials ni d'angoixa de separacions fem; ajudem sobretot quan estem disposats a escoltar i quan sabem que les claus per la comprensió ens les dona el nostre pacient. El clínic sap --si no fos així no podria ajudar--, però és una saviesa que no ha de ser confosa amb l'omnisciència.

Un noi de 18 anys en anàlisi de quatre sessions setmanals amb una patologia força severa amb nuclis esquizoides, havia estat reclòs a casa seva, espantat i aïllat durant més d'un any.

Després d'una psicoteràpia que va ajudar-lo força i després d'una recaiguda important, s'inicia una anàlisi. El pacient falta a algunes sessions, no avisa, simplement no ve. Ara que ja té amics roman amb ells i no assisteix a l'anàlisi. Se li podria interpretar que això és una reacció a sentir-se abandonat per l'analista durant el cap de setmana, se li podria dir que ataca l'anàlisi no venint ni avisant, però el que em sembla més real es observar que el noi no ve perquè no pot deixar als seus amics, se sentiria estrany si ho fes. Podria voler fer sentir l'analista com ell se sent, però és que no sap res de com se sent.

Hem d'anar amb compte de no dir-li al pacient el que hauria de fer i tampoc el que hauria de sentir i així ens preocuparem més del que ell fa i del que ell sent.

Penso, per tant, que la finalitat principal de l'anàlisi és la terapèutica. Si la indicació és adient, cal pensar que quatre o cinc sessions setmanals configuren un espai i un temps que creen les condicions pertinents per generar una bona experiència que el pacient podrà introjectar, ampliant i tal vegada generant canvis en el seu món intern.

### Holding i interpretació

No cal dir que un no existeix sense l'altra i que si s'interpreta fora del setting, això es agressiu i imprudent. Per tant, fora dels divans i del seients és millor parlar del que sentim i observem i no interpretar-nos per no caure en allò que s'ens critica des de fora: els psicoanalítics estem interpretant a tota hora i ens entra el furor, del qual ens va advertir el propi **Freud**.

És cert que sostenir al pacient i contenir-lo és de vital importància, tot i que insuficient, de no ser que es fes com ho feien **Bion** i **Winnicott**, per ells contenir és també trobar significats.

Molts pacients quan han acabat una anàlisi o una psicoteràpia recorden més l'actitud del clínic de respecte per haver-los acompanyat en moments difícils, per haver-los animat a pensar sobre ells

mateixos sense excessiva por a desmoronar-se perquè hi havia algú que podia sostenir-los. Algú que, donat tot això, els hi va facilitar aprendre sobre si mateixos.

Un excel·lent treball d'**Armengol i Hernández** de l'any 1991 planteja aquests i altres interrogants i un estudi posterior en forma de llibre de **J. Coderch** (1995) aborda amb exhaustivitat el tema de la interpretació.

Nosaltres hem de treballar amb la realitat interna del pacient, les nostres interpretacions han d'anar dirigides al món intern (o a la transferència), però convé tenir en compte la realitat externa. Hem de tenir cura de no interpretar sempre projeccions: sovint convé ajudar al pacient a diferenciar-se de quelcom que li ha fet mal. Val la pena pensar que certs pacients han estat danyats per la realitat. No tots els pacients malcuidats, maltractats o amb pares narcisistes s'han fet psicòtics, però quasi tots el psicòtics i les patologies greus, en alguna mida, han suportat un maltracte extern. Entenc, però, que la psicosi també pot dependre d'altres factors i predisposicions de caire innat. Per poder perdonar (reparar) el pacient ha de poder objectivar l'amor i el odi en alguna mida.

La transferència negativa caldrà evidenciar-la en tot tractament però en la mateixa línia de l'anterior; interpretar-la no és el mateix que anar a la recerca i captura. Un dels aspectes més importants d'un tractament psicoanalític és que el pacient pugui objectivar més els seus sentiments i el seu contacte amb la realitat. Cal, per tant, que pugui observar-se bé en les seves incapacitats però també en les seves capacitats.

En quant a la interpretació voldria dir alguna cosa més. He intentat deixar clar que és més important que aquesta sigui oportuna que transferencial i inclòs afegiria que és millor que sigui adient i a l'abast del pacient que no d'aquelles anomenades profundes que propicien el canvi catastròfic. El canvi catastròfic ha de ser vivenciat pel pacient, no ha d'estar produït per nosaltres. Aquesta expressió bio-niana té un sentit força ampli: canviar dins la teràpia o l'anàlisi propicia les pors i les angoixes, però també l'esperança. La cesura pot ser trencament alhora que continuïtat existencial. En qualsevol cas considero que és útil pensar que cal aproximar les interpretacions quan el pacient està pròxim a fer-les seves. Estic molt d'acord amb **Winnicott** (1971) quan diu que pacient i terapeuta o analista comparteixen un espai comú quan juguen junts. Quan se li parla al pacient en un nivell massa allunyat del seu conscient, la intervenció pot ser rebuda com a màgica o com a doctrinària. La interpretació d'un *acting*

*out*, un cop ha succeït, hauria de fer-se quan el pacient ha pogut pensar sobre ell. És a dir, abans d'interpretar cal sempre convidar a pensar.

M'és útil pensar que el pacient i jo treballem junts per ajudar la persona que pateix o repeteix els conflictes. És molt probable que la introjecció de bones experiències propiciïn el canvi psíquic del pacient, que inclou el atrevir-se a pensar amb més dimensions sobre sí mateix. A **Winnicott** (1996) li semblava que el treball psicoanalític no consistia només en fer interpretacions sinó més aviat en proporcionar un marc de confiança, on les interpretacions poguessin tenir lloc. Al mateix temps aquest autor insistia en la idea de *curar* en el sentit de tenir cura (cuidar en castellà).

### Agressivitat. Pulsió de mort i experiència relacional. Quan l'amor del subjecte fa mal a l'objecte

Per **Fairbairn** (1940) és important que el nadó se senti estimat per la mare com a persona i també que la mare se senti estimada per l'amor del nen.

És necessari que la mare tingui cura del seu nen atenent el seu cos i les seves necessitats emocionals. En el moment d'aquest amor primari, segons el sentit que li dona **Balint** (1937, 1968), el nadó rep les atencions formant part de si mateix. Podríem dir que a ulls del nadó aquest és un ser poderós en quant rep satisfaccions que formen part de si mateix, però a ulls de l'adult el nen petit és un ser indefens que necessita moltes atencions i sobretot una continuïtat existencial (**Winnicott**, 1945, 1960, 1971) que garanteixi la seva identitat com a persona. Per això **Balint** (1968) creu que en aquest estat primari de necessitat, les frustracions són viscudes com a forats i com a buits; les patologies que es derivaran tindran a veure amb el dèficit i fins més endavant no es podrà parlar dels conflictes.

És obvi que en tot ser humà hi ha des de que neixem una tendència cap a la relació humana i la recerca del contacte humà, alhora que tot ser humà porta en si mateix la llavor de l'agressivitat. Però l'agressió és resultat de la frustració que l'objecte sotmet al subjecte. Aquesta és una postura decidida que mantenen **Fairbairn, Balint i Winnicott**, entre d'altres. L'agressió no es deu a la pulsio de mort sinó a l'experiència continuada amb l'objecte. Això diferencia aquests autors de la teoria kleiniana.

**Klein** es pot considerar en aquest aspecte una autora que manté una postura de caire més instintivista.

Quan es diu que sense fer ús del concepte de pul-

sió de mort no es podria entendre per què hi ha maltractaments de pares a fills o de marits a dones etcètera, tot analista sap i es troba en condicions de pensar quines són les parts de si mateix que estan agreddes, com va viure la seva relació amb els seus objectes reals, quin dany real va patir en la seva persona, quina és per tant la seva experiència relacional i les seves pautes repetitives de relació quan un ésser agredeix a un altre més indefens de forma cruel.

Això no vol dir que el nadó tingui necessitats de violentar-se amb l'objecte i expressar el seu neguit, que caldrà ser contingut per la figura materna i paterna amb les atencions continuades i amb la capacitat de *reverie* de **Bion** (1963) o la preocupació maternal primària de **Winnicott** (1956).

El nadó també expressa el seu amor cap a la figura cuidadora. Aquest amor ha de ser contingut, la figura materna ha de sortir a l'encontre d'aquest amor, sentint-se estimada, el subjecte es configura llavors com un ser capaç d'estimar i mereixedor d'estimació. Si no és així, podria succeir que el nen sentís que el seu amor danya l'objecte, que aquest és destruït pel seu amor. **Fairbairn** diu que aquesta experiència de forma continuada porta a la persona del nen al retraïment esquizoide, en part per salvar l'objecte i per salvar-se ell mateix. Per aquest autor, la defensa esquizoide quan es malignitza està a la base de la psicopatologia i dóna peu al narcisisme, que és un tipus de modalitat esquizoide.

Aquestes qüestions estan directament relacionades amb la capacitat de donar i rebre. Hi ha persones que si donen tenen la impressió que es buidaran i per tant no poden donar als altres, romanen tancades en si mateixes, mesquines i empobrides dins del seu funcionament esquizoide. Hi ha d'altres, potser més narcisistes, que donen sense donar res. **Fairbairn** creu que aparenten fer de vegades científicament, conferències, bons actes, però la realitat és que són persones poc generoses i molt interessades en tenir fama, ser coneguts o quelcom per l'estil. En realitat no donen res de si mateixos perquè també representaria sentir-se buidats per dins.

La contenció en el nen (i en el pacient) no ha de ser només d'allò agressiu, destructiu i de les parts no desitjables de la personalitat, sinó que és necessari que la figura materna (i l'analític) rebi els aspectes amorosos del nen (pacient) i li retorni amb significat, de manera que el nen pugui sentir-se un ser amorós que pot estimar i ser estimat.

Certs pacients poden contactar amb la seva capacitat agressiva, i inclòs destructiva, no a base de ser interpretada contínuament, sinó quan és capaç de sentir-se comprès mínimament, quan els seus aspectes amorosos reconeguts per ell i per l'altre poden

fer-se càrrec d'allò indesitjable de si mateixos, com és la capacitat de destruir. Podria semblar que **Klein** otorga al nen la capacitat de destruir i als pares la bondat i convé no perdre de vista que hi ha nens molt danyats pel món extern. És possible que certes fallades ambientals es donaran en la transferència. L'analític haurà de reconèixer les seves fallades a ulls dels pacient per no configurar-se com l'objecte únicament bo. Jo penso, al igual que **Winnicott**, que per poder reparar cal adonar-se del mal causat a l'objecte i això és possible si el subjecte, el nen, s'ha sentit estimat suficientment i ha comptat amb unes figures paternes que han estat capaces de reparar amb ell. Aniria bé ser prudents, com avisa **Winnicott** i **Balint**, a l'hora d'atribuir sentiments complexes al nadó. És obvi que el nadó té necessitats mol primerenques que poden expressar-se a través de sentiments de caire amorós o de caire odiós i agressiu, però al cap i a la fi es tracta de necessitats. És probable que la mare (figura materna) odiï abans al nadó que aquest la pugui odiar a ella. Perquè hi hagi projeccions, ha d'haver separació de l'objecte; perquè hi hagi sadisme, ha d'haver intencionalitat. L'enveja i la tolerància a la frustració segurament tenen molt d'innat, però convé apreciar-ho dins la relació. Tot això, al meu entendre, per dos motius: per no *adultitzar* en extrem al nen i per estar lliures a l'hora d'observar els fet.

### Sense desig, ni memòria ni desig de comprensió de Bion

El més important és procurar no tenir desitjos d'omnisciència, voler aprendre del pacient com diu **Casement** (1985). Procurar no tenir prejudicis ni intencionalitats amb el pacient, procurar no tenir una memòria excessivament activa: "Li diré al pacient el que m'ha dit el supervisor", per exemple.

Si això es possible, la memòria serà evocada i ajudarà a associar el que està dissociat.

Una premissa analítica bàsica és la necessària neutralitat benvolent. Doncs bé jo crec que mai som del tot neutrals ni tampoc benvolents, que sovint tenim desitjos, de vegades bons desitjos (que el pacient no marxi i ens xafi la guitarra de la nostra formació, que el pacient arribi a tal punt). El desig que sembla més sa és el d'ajudar el pacient a que arribi allà on pugui arribar i nosaltres facilitar el camí. Desig molt digne, aplicable també als fills.

Penso que hem de ser valents d'acceptar que tenim aquests i altres desitjos, que la memòria de vegades està massa ocupada i que volem comprendre més del que és possible, aspecte del qual ens prevé sàvia-

ment **Bion** (1963) i que només acceptant que no som, per tant, del tot neutrals i benevolents, iniciem el camí per ser-ho. Fer-se una idea del tipus de mare o dels objectes externs del pacient és necessari, i jo diria, inclòs, inevitable. Com que tots els clínics sabem que tenim sentiments i representacions mentals al respecte, una mena de *paracontratransferència*, és convenient ser conscient de tota aquesta amalgama d'emocions per tal de no actuar-les amb el pacient. També sabem que no s'integra tot, que el pacient no pot conèixer amb tot el que li agrada i li desagrada de si mateix, que sovint el pacient i nosaltres, com a clínics i pacients, sabem que haurem de conèixer o simplement suportar el millor que es pugui la nostre pròpia misèria.

**Francesc Sáinz Bermejo**

Calle Rosselló, 134, 5<sup>e</sup> 4<sup>a</sup>

08036 Barcelona

E-mail: fsainz@retemail.es

## Notas

1. Article basat a la conferència pronunciada el 10 de març de 1999 a la Fundació Vidal i Barraquer.

## Bibliografía

**Armengol, R.**, (en premsa) *Orígens i principis de la Psicoanàlisi. Dels Estudis sobre la història al sentiment de culpa i al superjò.* *Revista Catalana de Psicoanàlisi*

-(1991) *La función y el trabajo del analista. Valoración relativa del setting y la interpretación.* *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, 2, 21-41

-(1994) *El pensamiento de Sócrates y el psicoanálisis de Freud.* Barcelona. Fundació Vidal i Barraquer

**Balint, M.**, (1937) *Early developmental states of the ego. Primary object love.* *International journal of PsychoAnalysis*, 30, 1949, 265- 273

-(1968) *The basic fault. Therapeutic aspects of regression.* London Brunner-Mazel. Barcelona. Herder

**Bion, W.**, (1962) *Aprendiendo de la experiencia.* Buenos Aires. Paidós 1966

**Casement, P.**, (1985) *Aprender del paciente* Buenos Aires. Amorrortu 1990

**Coderch, J.**, (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica.* Barcelona. Herder

-(1995) *La interpretación en psicoanálisis.* Fundamentos y teoría de la técnica

**Esteve, J. O.**, (1984) *Psicoanàlisi i psicoteràpia psicoanalítica.* *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 1, 147:159

**Fairbairn, W. R.**, (1940) *Estudio psicoanalítico de la personalidad.* Buenos Aires. Hormé.1978

**Folch, P., Hernández, V.**, (1987) *Psicoanàlisi i Psicoteràpia. Diagnòstic i indicacions en l'adult.* *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 2 (IV), 187,194

**Grosskurth, P.**, (1986) *Melanie Klein.* Barcelona. Paidós. 1990.

**Klein, M.**, (1961) *Obras completas.* Barcelona. Paidós 1991

**Poca, A.**, (1994). *Después del túnel viene la luz.* Cyan.

**Rosenfeld, H.**, (1987) *Impasse e interpretación.* Madrid. Tecnipublicaciones s.a 1990

**Sáinz, F.**, (comp) (1997) **Alberti, M., Armengol R., Bassols, R., Cabré, V., Echevarría, R., Font, J., Hernández, V., León, D., Winnicott, D. W.**, (1886-1971) Conferències commemoratives del seu naixement Barcelona. Monografies nº 4. Fundació Vidal i Barraquer

**Winnicott, D.W.**, (1945) *Desarrollo emocional primitivo en Escritos de Pediatría y psicoanálisis.* Barcelona. Laia 1981

-(1956) *La preocupación maternal primaria en Escritos de Pediatría y Psicoanálisis.* Barcelona. Laia. 1981

-(1960) *La teoría de la relación paterno-filial en El proceso de maduración en el niño.* Barcelona. Paidós. 1993

-(1971) *Realidad y Juego.* Barcelona. Gedisa

-(1996) *El hogar nuestro punto de partida.* Buenos Aires. Paidós.