

El concepto de acción interpretativa¹

Thomas H. Ogden

Se entiende por acción interpretativa el uso de la acción (diferente al discurso verbal simbólico) por parte del analista para transmitir al analizando aspectos específicos de su comprensión de la transferencia-contratransferencia que, en determinada coyuntura del análisis, no pueden ser sólo transmitidos a través del contenido semántico de las palabras. Una interpretación-en-la-acción deriva su sentido simbólico específico del contexto experiencial de la intersubjetividad analítica en el que es generada. Simultáneamente, la comprensión de la transferencia-contratransferencia transmitida por la acción interpretativa del analista debe ser pensada silenciosamente en palabras por el analista. Se presentan tres viñetas clínicas que ilustran diferentes formas de interpretación-en-la-acción.

Nos expresamos en sílabas que surgen desde el suelo, expresándonos en un discurso que no hablamos.

Wallace Stevens (1947)

En el momento actual del desarrollo del pensamiento analítico se acepta, por lo general, que la acción (distinta de la simbolización verbal), constituye un medio importante por el cual el anali-

¹ Publicado en *The Psychoanalytic Quarterly*, vol. 63, 1994. © The Psychoanalytic Quarterly 1995.

zando comunica al analista significados inconcientes específicos; por ejemplo, a través de acciones que median las identificaciones proyectivas (Ogden, 1982; Rosenfeld, 1971), “sensibilidad de rol” (Sandler, 1976), “evocación por sustituto” (Wangh, 1962), “actuaciones” (McLaughlin, 1991), etc. Sin embargo, es poco reconocido que muchas de las interpretaciones transferenciales más críticas del analista son transmitidas al analizando por medio de las acciones del analista.

En este trabajo vamos a enfocar este aspecto del proceso analítico, las “acciones interpretativas” del analista.

Llamo “acción interpretativa” (o “interpretación-en-la-acción”) a la comunicación de la comprensión de un aspecto de la transferencia-contratransferencia por medio de una actividad que no es la de la simbolización verbal.² Hay momentos en que tal actividad está desconectada de las palabras (por ej. la expresión facial del analista cuando el paciente se demora en la puerta del consultorio); en otros momentos la actividad del analista (como medio para la interpretación), toma la forma de una “acción verbal” (por ej. fijar los honorarios, el anuncio del final de la sesión, o la insistencia para que el analizando ponga fin a una forma dada de acting in o acting out); en otros momentos, la acción interpretativa incluye la voz, pero no las palabras (por ej. la risa del analista).

Por supuesto que una reacción en sí misma (aislada de la matriz de símbolos generados intersubjetivamente), carece de significado; una acción interpretativa adquiere significado específico por la forma en que es generada, dentro del contexto de la experiencia del analista y del analizando, en el “tercero analítico intersubjetivo”.

He discutido mi concepto de “tercero analítico intersubjetivo” (o “el tercero analítico”) en una serie de trabajos recientes (Ogden, 1992, 1992, 1994, 1994). Brevemente, considero la experiencia analítica como un proceso donde es creada una nueva subjetividad. Esta nueva subjetividad (el tercero analítico intersubjetivo), se encuentra en tensión dialéctica con las subjetividades individuales del analista y del analizando, que están

² En este trabajo el concepto de interpretación que usaremos se refiere al “procedimiento (que)... saca a la luz el significado latente de lo que el sujeto dice o hace” (Laplanche y Pontalis, 1967).

ocupados en una forma de relación creativa, negadora y preservadora mutua. El tercero analítico no es concebido como una entidad estática, sino como una experiencia en desarrollo que está continuamente cambiando, a medida que se desarrolla la intersubjetividad.

Al mismo tiempo que se crea el tercero analítico intersubjetivo por el interjuego dialéctico de sus dos subjetividades, analista y analizando (en cuanto tales) son a su vez creados por el tercero analítico. En su ausencia no hay análisis y por lo tanto no hay analista ni analizando, sólo dos personas juntas en una habitación. El tercero analítico es experimentado a través de las subjetividades individuales del analista y del analizando; por lo tanto, la experiencia no es idéntica para cada uno. Sin embargo, la experiencia dentro del tercero analítico, constituye la matriz intersubjetiva de significados sobre la que se basa todo entendimiento.

En este trabajo me voy a concentrar, no en la transmisión del afecto, ni en la creación de un “clima” emocional mutativo (Balint, 1968) o “atmósfera” (ibid.) a través de las acciones del analista; mas bien mi enfoque está en el uso de la acción como *medio interpretativo* a través del cual el analista transmite aspectos específicos de su comprensión del significado inconciente de la transferencia-contratransferencia. Hubo una considerable discusión sobre las acciones del analista (distintas a la interpretación verbal), como agentes de cambio terapéutico (véase, por ej. Alexander y French, 1946; Balint, 1968; Casement, 1982; Coltart, 1986; Mitchell, 1993; Rosenfeld, 1968; Stewart, 1990; Symington, 1983; y Winnicott, 1949). Sin embargo, la idea de las acciones del analista como medio para la interpretación de la transferencia-contratransferencia no ha sido muy explorada. Las contribuciones de Coltart (1968), Rosenfeld (1978) y Stewart (1977, 1987, 1990) han discutido el impacto de las acciones del analista en formas que se superponen con mi propio concepto de acción interpretativa. Sin embargo el énfasis en estos últimos trabajos está en el uso de las acciones del analista al servicio de reestablecer las condiciones en las cuales el analista y el analizando podrían reflexionar sobre los eventos (frecuentemente acting out o acting in), que han estado sucediendo en el análisis. En contraste, mi enfoque se refiere a las acciones del analista como vehículo interpretativo para transmitir al paciente aspectos específicos de

la comprensión del analista de significados inconcientes de la transferencia-contratransferencia, una comprensión derivada de la experiencia del analista dentro del tercero analítico.

Voy a tratar de encuadrar la discusión del concepto de interpretación en la acción, de modo tal que no caiga víctima de las formas de reduccionismo que, en forma regular, son una parte tan grande de la discusión de la pregunta acerca de si la interpretación o la relación objetal, es el agente terapéutico principal (o exclusivo) en psicoanálisis. Doy por sentado que la interpretación es una forma de relación de objeto y que la relación de objeto es una forma de interpretación (en el sentido de que cada relación objetal transmite un aspecto de la comprensión del sujeto, del contenido latente de la interacción con el objeto).

Trataré de ilustrar la importancia del modo en que aspectos del proceso interpretativo toman la forma de acción simbólica, y los modos en que estas formas de interpretación son extraídas de experiencias dentro y fuera del tercero analítico. Con este fin voy a exponer tres viñetas clínicas que resaltan, cada una de ellas, diferentes aspectos de la acción interpretativa. En la selección del material, me esforcé para traer ejemplos de lo cotidiano y corriente en la práctica analítica. La acción interpretativa no es un evento analítico excepcional, sino simplemente parte de la estructura del trabajo interpretativo común.

EJEMPLO CLINICO I

El silencio como interpretación de una perversión del lenguaje y del pensamiento

La Dra. M, una investigadora científica inglesa, comenzó el análisis a los cuarenta años de edad, porque sentía con ansiedad desbordante que podía perder su empleo y “terminar deshonrada y en el arroyo”. Temía que se descubriera que durante años se arreglaba en el trabajo “rejuntando” pedacitos de consejos e información que atisbaba de conversaciones con sus colegas. Sentía su carrera como un fraude que estaba en peligro inminente de ser desenmascarado.

En los años que precedieron el comienzo del análisis, la paciente estuvo casada dos veces (y divorciada dos veces), ambas con hombres de familias socialmente prominentes y de los

que ella pensaba que eran extremadamente buenos mozos. La paciente no sentía excitación durante la actividad sexual, pero sentía mucho placer en el poder que experimentaba de despertar un alto grado de excitación sexual en su marido. Una vez logrado esto, imaginaba concientemente que robaba su pene erecto durante el coito. En esta fantasía, la Dra. M observaba en silencio la escena desde una gran distancia psicológica. Tan importante era para ella, como parte del coito, tener prueba de la intensidad de la excitación sexual del marido, que alentaba a su pareja hasta grados físicos extremos, llevando una vez a su segundo marido, a fracturarle accidentalmente una costilla.

Al final de cada sesión de su primer año de análisis, la Dra. M me decía que iba a venir al día siguiente y mencionaba la hora específica de la sesión. Esto lo hacía con la intención conciente de recordarme que teníamos una cita agendada para el día siguiente y la hora en que la sesión debía empezar. Este “recordatorio” (una acusación tácita de que yo me podría olvidar), servía como una forma poderosa de provocar mi ira. La paciente sostenía la convicción conciente de que el causarme ira era una de las pocas formas de despertar mi interés por ella o que la recordara.

A medida que avanzaba el análisis, se hacía cada vez más claro que la Dra. M no hablaba para reflexionar sobre su mundo interno, o para comentar experiencias presentes o pasadas. Virtualmente no parecía tener ningún interés en nada de lo que podía pensar, sentir o decir. El hablar parecía servir a una sola función: hacerme hablar a mí. Cuando le señalé esto, la Dra. M aceptó sin ninguna vacilación que era así. La paciente sentía que los únicos hechos que tenían alguna importancia para ella en el análisis eran las intervenciones que yo hacía, ya fuesen confrontaciones, interpretaciones o clarificaciones. Hasta mis preguntas eran sentidas valiosas porque reflejaban mi forma de pensar y lo que yo consideraba como importante. La paciente tenía un diario donde anotaba los hechos de cada sesión. Años más tarde, me contó que sólo anotaba lo que recordaba de lo que yo había dicho, sin ninguna referencia a algún pensamiento o comentario propio. Yo sentía como exasperante la siempre dispuesta confirmación de mis interpretaciones por parte de la Dra. M; el ser irreflexiva e inquebrantablemente flemática, era otra manifestación de su interés exclusivo en extraer mis pensamientos y comentarios.

A través del tiempo, pude interpretar que la paciente sentía que

era imposible para ella crear algo de valor y que esta creencia la llevaba a comportarse como si todo lo valioso del análisis residiera en mí. Más aún, la fantasía de la paciente sobre el proceso analítico implicaba una visión de ella absorbiendo de forma pasiva mi fuerza interior a través de las ideas y sentimientos que yo le transmitía. Sin dudar, estuvo de acuerdo que era esto lo que quería y esperaba de su análisis. A través de varios años se fue desarrollando de a pedacitos una historia.

La Dra. M me contaba sus memorias y fantasías infantiles de una manera que sugería que la información me era dada para que le ayude con las dificultades, mientras ella permanecía completamente pasiva. Dicho de otro modo, estos no eran recuerdos sobre los que ella reflexionaba, o sobre los que sentía curiosidad; más bien eran datos que me pasaba con el propósito de que yo les encontrara sentido y se los interpretase. La Dra. M contó que tenía fantasías infantiles concientes, en las que su padre idealizado (descrito a veces como “maravilloso” y otras veces como deprimido, introvertido y totalmente dominado por su mujer y por su madre), era sentido como la única fuente de su valor y su fuerza. Sin embargo esta fuerza era prestada, y solo podía poseerse brevemente, y nunca pasaba a ser una posesión permanente e integrada de la paciente. Siendo niña, la Dra. M desarrolló una forma de “juego”, compulsivamente repetido, en donde distribuía tiras de papel, broches para papel, tapitas de botellas, etc., en escondites en distintos lugares de la casa, y que eran usados para representar “hechizos” que le habían sido dados por su padre. Cada hechizo la proveería de una forma especial de poder; por ejemplo, la habilidad de correr con rapidez en una carrera fantaseada, o de actuar con coraje en vista de un peligro específico, de demostrar inteligencia en un momento clave, etc. La naturaleza temporaria y no integrada de la “internalización” se reflejaba en el hecho que los fragmentos del poder paterno recibían el nombre de “hechizos”, es decir, fuerzas mágicas, generadas en el exterior, ego-distónicas.

La Dra. M, que era la segunda de tres hijos, sentía que su madre le negaba odiosamente su amor, mientras lo entregaba generosamente a su hermano y a su hermana. La maestra de primer grado creyó que tenía un atraso mental y sugirió a los padres que le hicieran tests psicológicos. A pesar de que los tests mostraban que la paciente tenía una inteligencia superior, no

mostró señales de aprender a leer hasta que estuvo en tercer grado (de hecho, la paciente aprendió a leer en segundo grado, pero tenía placer en guardar en secreto este conocimiento)

En consideración a la brevedad, voy a describir lo que logré entender en el curso de los sucesivos años de trabajo con la Dra. M, sin un informe detallado del proceso analítico dentro del cual se desarrolló esta comprensión. La paciente parecía experimentar mis interpretaciones (y cualquier otra cosa que yo dijese), como “hechizos”, actos mágicos a través de los cuales se le prestaban momentáneamente contenidos internos idealizados (y, al mismo tiempo, denigrados), sólo para ser agotados inmediatamente, dejándola tan vacía e impotente como antes. La Dra. M trataba de disimular la alegría y la excitación con que recibía una interpretación, para esconder su sentimiento de que había logrado engañosamente robarlo, extraerlo en forma seductora de mí. Temía que si yo me daba cuenta de la cualidad de su satisfacción y excitación, entendería lo desesperadamente dependiente de mí que ella era, y entonces estaría, o repugnado y asustado por la enormidad de su voracidad, o la atormentaría sádicamente,teniéndola secuestrada para siempre, así como robándole el dinero (la vida).

Al mismo tiempo la Dra. M resentía los objetos internos mágicos prestados-robados, obtenidos de mí. Me veía como odioso por tentarla con estos objetos prestados-robados, mientras seguía no dispuesto a liberarla de su dependencia de mí. Ella me sentía como negándome cruelmente a reconocer sus fuerzas (por ej. su sentido del humor), distintas de las que había tomado prestadas de mí. Los ataques enojados de la Dra. M sobre las partes introyectadas de mí (mis interpretaciones), ayudaron a establecer un círculo vicioso donde ella permanecía incapaz de aprender o hacer uso de cualquier cosa que yo pudiese decir. Todos los aspectos de esta forma de relacionarse y las fantasías subyacentes fueron interpretados completa y repetidamente, y fueron recibidos por la paciente de la manera que he descripto.

Llegué a pensar en el uso que la Dra. M hacía de la interpretación como una forma de perversión, en donde transformaba compulsiva y excitadamente cada una de mis interpretaciones en un hechizo mágico erotizado. Sólo mucho más adelantada en el tratamiento, pudo darse cuenta cabal de la naturaleza de la

excitación que sentía cuando recibía una interpretación, que describía como “una descarga eléctrica a través mío que me hace estremecer el cuerpo”. Eventualmente reconoció este sentimiento como una forma de excitación sexual.

Entendí el uso que la paciente hacía de mis intervenciones como un intento inconciente de crear el sentir de un self vivo, a partir de los contenidos prestados-robados de sus padres. Hasta las interpretaciones referentes a su uso de las interpretaciones – es decir interpretaciones de la transferencia “en términos de situación total” (Klein, 1952; Joseph, 1985; y Ogden, 1991)– eran incorporadas inmediatamente al drama perverso. En otras palabras, cada intento que yo realizaba de interpretar el uso que la paciente hacía de mi hablar con el propósito de traerse a la vida, era transformado a su vez por ella en una escena más del drama.

Me tomó bastante tiempo apreciar de lleno la extensión con la que esta forma de relación impedía a la Dra. M generar un solo pensamiento original en el discurso analítico. Subestimé la extensión de la parálisis de pensamiento de la paciente. Mi ceguera de este aspecto de la interacción terapéutica era el resultado, en parte, del hecho que la Dra. M describía su experiencia de un modo que muchas veces tenía la apariencia de insight y auto-reflexión. Estaba extremadamente atenta a ciertos tipo de detalles, por ejemplo: darse cuenta que el almohadón del sillón de mi consultorio estaba arrugado de un modo que sugería que alguien se estuvo reclinando en una forma que ella no había visto antes: “Tiene que haber habido una nueva paciente ‘recostándose’ seductoramente en su sillón”. Al principio tales fantasías parecían ricas, pero a medida que pasaba el tiempo se hizo claro que las fantasías de la paciente estaban restringidas a un solo tema con ligeras variaciones: se imaginaba una fiesta continua que sucedía en mí vida interpersonal (es decir, mi relación amorosa con mi mujer, mi goce romántico e intelectual de mis pacientes, mis coqueteos y aventuras con mis supervisados, etc.) y en mi vida interna (los pensamientos interesantes y con insight que yo tenía, y la riqueza de mi creatividad).

En el curso de los primeros cinco años de análisis, la Dra. M hizo progresos sustanciales en varios aspectos de su vida. Por ejemplo, desarrolló la capacidad para aprender en un setting académico, y con ello, por primera vez, ocuparse de actividades de investigación que reflejaban sus propias ideas. Hizo grandes

progresos al volverse un miembro exitoso, creativo y respetado en su campo. Su capacidad para tomar decisiones y manejar su vida mejoró dramáticamente. Sin embargo, su capacidad para establecer relaciones con hombres o mujeres permanecía sin desarrollar. La satisfacción que derivaba de los aspectos interpersonales de su trabajo la hacían tomar conciencia de su incapacidad para desarrollar relaciones románticas con hombres o amistades íntimas con mujeres. A pesar del hecho que la Dra. M desarrolló la capacidad de experimentar excitación sexual que sentía como propia, y que fue capaz de experimentar orgasmos por primera vez en su vida, no era capaz de tener relaciones íntimas, excitantes, con hombres que le gustaran y que respetase.

La Dra. M tomó conciencia de su soledad, en una forma que describía como “agudamente dolorosa”. Ahora podía experimentar más de lleno y observar aspectos del conflicto central que constituía la transferencia-contratransferencia: se sentía intolerablemente sola y quería desesperadamente “dejarme entrar”, pero al mismo tiempo sentía tanta ira contra mí por mi “no querer ayudarla” (es decir, pensar por ella), que juraba que nunca se iba a permitir someterse a mí, tratándome como una “persona verdadera”. Por momentos decía que se sentía tan furiosa conmigo que estaba genuinamente sorprendida que aún ninguno de mis pacientes me hubiese matado.

A pesar de los cambios psicológicos que ocurrieron en algunas áreas de su vida, continuó la perversión de los procesos interpretativos en el análisis que llevó a la forclusión de un discurso generativo sostenido. Cuando un discurso de ese tipo aparecía brevemente, era seguido invariablemente por semanas o meses de una retirada de parte de la paciente hacia un ataque intensificado sobre el discurso analítico, a través de la actuación de un discurso-coito (discourse-intercourse) “árido”, ahora concientemente fantaseado, que incluía un padre tentador y en el fondo impotente y una madre intocable. La Dra. M observaba este discurso-coito sin vida, desde lejos, en su rol de niña excluida y excitada, pretendiendo no entender lo que estaba viendo (su pseudo-retraso mental).

En una sesión durante esta fase de trabajo, ofrecí una interpretación concerniente a esta secuencia de compromiso y retiro ansioso. La Dra. M respondió con una serie de preguntas sobre mi interpretación: ¿Sentía yo que era algo que ella hacía cada vez que

venía a mi consultorio? ¿Cómo podía hacer para no retraerse en la forma que yo describía? ¿Creía yo que esto lo había hecho desde el principio del análisis, o me refería sólo a la sesión de hoy, o quizás a la últimas sesiones? En ese momento yo sentí un cambio emocional que me llevó a responder de manera distinta de lo que previamente había hecho. En vez de sentir enojo, sentí tristeza y un hondo sentido de desesperación. Este cambio transferencial-contratransferencial contribuyó en mi decisión de embarcarme en un curso interpretativo transmitido, sobre todo, en la forma de acción.

Enfrentaba cada una de las preguntas de la paciente con una forma de silencio que ambos, mi paciente y yo, sentimos como teniendo una cualidad inequívocamente diferente de las instancias de silencio previas. Los silencios en esta sesión estaban repletos de una intensidad de sentimientos que servía como interpretación que no podía haber sido hecha con palabras, por la perversión del lenguaje y del pensamiento que estaba siendo actuada en el análisis. Esta nueva forma de silencio constituyó una acción interpretativa, una interpretación que no comprende palabras y por lo tanto estaba en cierto grado por fuera del campo de poder de una transformación perversa del lenguaje. En la transferencia-contratransferencia, la perversión implicaba que yo actuase el rol del padre idealizado-impotente, mientras la paciente estaba identificada predominantemente con la madre impenetrable y la niña escondida, observante, envidiosa, excluida y sobreexcitada. Los silencios que estamos discutiendo tenían la intención de transmitir una comprensión que había sido desarrollada y presentada a la paciente muchas veces en el curso del análisis, pero que hasta ahora había sido inmediata y sistemáticamente transformada y vuelto ineficaz, a medida que la paciente la incorporaba a la próxima escena del drama perverso.

Los significados transmitidos por mi silencio deliberado (significados que formulé para mí mismo), incluían la idea de que la paciente sabía muy bien que sus preguntas no eran formuladas como parte de un discurso donde estaba tratando de desarrollar una mayor comprensión de sí misma, con el propósito de su crecimiento psicológico; más bien sus preguntas representaban una acusación enojada de que yo la estaba excluyendo odiosamente de las riquezas de mi mundo interno (en la transferencia materna y paterna), las que deseaba robar y acaparar, y al mismo

tiempo atacar y arruinar envidiosamente. Ella también sabía que si yo contestaba sus preguntas, sentiría alivio momentáneo al poseer una parte mía (uno de mis hechizos), pero que ese alivio se volvería furia casi inmediatamente. Su furia reflejaba su sentimiento de que yo la estaba esclavizando, al obstaculizar el desarrollo de su capacidad de tener pensamientos creativos, sentimientos y sensaciones que pudiese sentir como propios.

La respuesta inicial de la Dra. M a mi silencio (interpretación), fue bombardearme con más y más preguntas, enojadas y provocativas. Después pasó a una serie de descripciones desafectivizadas de sucesos actuales en su vida, como tratando de acatar lo que ella sentía era la exigencia de que debía conducir el análisis por sí sola, sin ninguna ayuda mía. Mi tristeza y desesperación continuaron, acompañadas por un hondo sentimiento de soledad. Podía sentir la futilidad del frenético debatirse de la paciente. Por primera vez, no estaba en absoluto convencido que podía ayudar. La Dra. M comenzó la sesión siguiente anunciando que estaba teniendo grandes dificultades económicas y que íbamos a tener que bajar la frecuencia de las sesiones, de cinco a cuatro horas semanales. Esto representaba una provocación bastante transparente, en un esfuerzo de extraer palabras (hechizos), de mí. Sentí que cualquier esfuerzo que yo pudiese hacer de interpretar su ira y sus deseos de extraer hechizos de mí, perpetuaría simplemente el drama perverso. En consecuencia elegí interpretar con el silencio, a pesar del peligro de que estuviese intercambiando una forma de drama perverso por otra, es decir, revirtiendo los roles en una relación sadomasoquista, e intensificando, aún más, los sentimientos de aislamiento de la paciente (y los míos). También, por primera vez, consideré la posibilidad de que la paciente se suicidara. De nuevo, el silencio tenía la intención de transmitir mi sensación de que la paciente podía, por ella misma, hacer una interpretación de la transferencia y que el no hacerlo reflejaba una forma de perversión del lenguaje y del pensamiento, que en ese momento estaba siendo actuada entre nosotros. El valor del silencio como acción interpretativa sería medido por el grado en que sirviese para expandir el espacio analítico. En otras palabras, el silencio, ¿facilitaría la capacidad de simbolización de la experiencia conciente o inconciente (enriquecer la “dialéctica de modos de generar experiencia” [Ogden, 1989]), o va a forcluir el uso de símbolos, reduciendo la interacción analítica a una serie de

evacuaciones reflejas de experiencias de aislamiento no mediatisadas (que la paciente todavía no era capaz de experimentar como tristeza)? En forma intermitente, durante este período, le dije a la Dra. M que pensaba que los dos sabíamos que mi pensar por ella crearía la ilusión de trabajo analítico, pero que a nada llegaríamos al sustituir repetida e infinitamente mis pensamientos y sentimientos por lo que pudiese llegar a ser su propia capacidad para pensar y sentir. Esta era una idea que yo había discutido con ella muchas veces a lo largo de los años anteriores. Sin embargo, sentí que era importante que continuara mostrándole mi comprensión de mis razones para conducirme en el análisis en la forma en que lo estaba haciendo (Boyer, 1983).

Una sesión de varios meses más tarde fue especial; el silencio como acción interpretativa se volvió el contexto principal, como también el contenido de la sesión. La Dra. M experimentó, más plena y claramente que en cualquier momento previo en el análisis, los elementos del conflicto interno que hasta ese momento habían aparecido casi exclusivamente en la forma de la perversión del lenguaje y del pensamiento ya discutido. Habló sobre acontecimientos en su vida laboral actual que estaban cambiando para mejor, como resultado de su capacidad de sentirse como una persona con derecho para hablar y comportarse con autoridad, como alguien que podía pensar y hablar con pensamientos propios. Se interrumpió diciendo: “Bueno, hoy he deseado una respuesta suya todo el tiempo; me da curiosidad el por qué necesito escuchar su respuesta a cada una de las frases que digo.” (En una sesión previa, le pregunté a la Dra. M si habría sentido curiosidad sobre su conducta en una situación como la que estaba describiendo). Después de tres minutos de silencio, la paciente protestó nuevamente que no podía pensar; podía dormir, pero no podía pensar. Me interesó su referencia al dormir y (en silencio) me pregunté si había comenzado a ser capaz de recordar sus sueños. Hasta este momento del análisis había traído muy pocos sueños, y cuando trataba alguno, lo hacía sin asociaciones o con imitaciones mecánicas de asociaciones.

La Dra. M llevó a cabo sus maniobras habituales en su esfuerzo por hacerme hablar, pero había algo sutilmente distinto en ella, que yo no podía identificar. En medio de la sesión echó una mirada al consultorio, sin darse vuelta en el diván para mirarme y preguntó: “¿ha hecho cambios en su consultorio?” No contesté.

“Parece como si se hubiese movido lateralmente. Las grietas de la pared se agrandaron. ¿Qué le parece?”

A pesar del hecho que la mitad de sus frases eran preguntas, no parecía esperar o exigir una respuesta de parte mía. Más importante aún, había algo bastante imaginativo y de burla con humor hacia sí misma en lo que decía, y la forma en que lo estaba diciendo. Su sensación de cambio en nuestra relación fue descrito como experiencia físico-sensorial de cambio en el espacio analítico –había un movimiento que ocurría en este momento, que tenía la cualidad de movimiento “lateral” (un juego de palabras sobre movimiento “literal”) en el espacio analítico y de disminución de la densidad de las barreras al discurso reflexivo (el ensanchamiento de la grietas de la pared). El mostrar mi comprensión del significado de estos comentarios hubiese usurpado el comienzo de la capacidad de la Dra. M para el pensamiento creativo, y lo más probable es que la hubiese llevado a volver a una dependencia perversa conmigo, como la fuente de todo lo bueno y valioso.

La Dra. M comenzó la sesión del día siguiente diciendo que tuvo un sueño la noche anterior. Cuando se despertó en medio de la noche, pensó en anotarlo, pero sintió que era tan vívido que no era posible que lo olvidase. Dijo que ahora no podía acordarse nada del sueño. Le dije que parecía que había comenzado a pensar mientras dormía pero que la perspectiva de pensar en mi presencia la ponía ansiosa.

Dijo que estaba segura que el sueño era sobre ser incapaz de pensar, pero no sabía por qué estaba convencida de esto. La Dra. M siguió diciendo que estaba perdiendo peso y que se estaba acercando a un peso donde “pierdo los pechos”. Sentí que me estaba acusando de encoger mis pechos a propósito para que no haya leche para ella. Me imaginé que ella sentía que ambos preferíamos morirnos de hambre-matar el análisis, a dar algo –o perder algo– para el otro. La Dra. M agregó que estaba segura que yo no me había dado cuenta de su pérdida de peso. La sesión estaba llena de intentos enojados de obligarme a darle una interpretación. En un momento me exigió que le dijese cuánto tiempo nos quedaba de sesión, a pesar de que ella usaba reloj. Le dije que el mirar la hora en su propio reloj no sería lo mismo que si yo le dijera la hora. Me ladró otra vez. “No, eso no me ayudaría. Quiero saber *su* hora (tiempo). Mi hora (tiempo) no me sirve. Su

hora es lo único que cuenta”. La Dra. M me había contado previamente que nunca sabe cuál es la hora correcta, ya que mantiene todos sus relojes en horas ligeramente distintas.

La sesión continuó con más preguntas de la paciente, que eran “interpretadas” a ella con silencio y a mí mismo con palabras. Un aspecto importante de la acción interpretativa es la constante y silenciosa formulación verbal de la interpretación en desarrollo por parte del analista. Si estos esfuerzos están ausentes, la idea de la acción interpretativa puede terminar siendo la racionalización del analista de su acting out impulsivo e irreflexivo.

Cerca del final de la sesión la Dra. M contó que la noche anterior, cuando ella y sus padres iban a entrar en un restaurante muy elegante, vio a un mendigo pidiendo. Mentalmente yo entendí la escena como una descripción de los sentimientos de deprivación interior de la paciente en su sesión conmigo. La Dra. M dijo, entonces, que ahora se acordaba del sueño que tuvo la noche anterior: un hombre, en el restaurante elegante, le estaba sirviendo champagne caro en su copa. El champagne era atractivo y burbujeante, pero un momento después de entrar en la copa se volvió chato y dejó de burbujear. Dijo haberse despertado del sueño con una ansiedad intensa. La Dra. M dijo: “Así es como me siento con usted, me siento desesperada, como una persona sin hogar, y lo mataría si tuviese el coraje. Cuando me da algo lo siento soso, casi inmediatamente después que me lo da. Lo debo matar de algún modo, pero no sé cómo lo hago, ni por qué.” Aunque había una vitalidad notable en la primera mitad de su afirmación, los comentarios posteriores con respecto a su propio rol en el ataque a mis interpretaciones, parecían aprendidos mecánica y complacientemente.

La Dra. M no hizo una pregunta inmediatamente después de su comentario, como hacía habitualmente, sino que después de una breve pausa volvió a preguntarme la hora, en una forma que me invitaba a interpretar la conexión entre este pedido, la imaginería del sueño y el contar sobre la persona sin hogar. Yo respondí nuevamente con un silencio que tenía la intención de elaborar la perversión del lenguaje y el pensamiento.

El movimiento en el análisis (experimentado por mi paciente como movimientos físicos en el consultorio), continuó en esta fase del trabajo. Entre los cambios que ocurrieron en el proceso analítico, fue llamativa la aparición por primera vez de lapsus

verbales en casi todas las sesiones. La paciente no sólo estaba turbada por sus lapsus, sino que también parecía recibirlos bien y sentir interés por ellos. Por ejemplo, al hablar del incomparable placer que obtenía de su sensación de poder, al lograr extraer una interpretación, la Dra. M substituyó inconcientemente la palabra poder (power) por polvo (powder). Asoció polvo con las cenizas de la cremación y el sentimiento de falta de vida y de separación extrema, que eran inseparables y por momentos indistinguibles de la excitación sexual conectada con adquirir uno de mis hechizos. Lo más importante en este intercambio era la clara sensación que estos pensamientos eran de la paciente, aunque no hice comentarios sobre esto en un esfuerzo de no cambiar sus pensamientos en algo distinto de lo que había creado. Parecía que a pesar de sí misma con estos lapsus se permitía, en forma inconciente, comenzar a experimentar y crear una voz para aspectos de ella misma que estaban presentes, pero que hasta este momento, solamente aparecían en el análisis en forma estrangulada, nacidos sin vida, en esta forma de relación transferencial-contratransferencial organizada alrededor de la perversión del lenguaje y del pensamiento.

EJEMPLO CLINICO II

La acción interpretativa como una fase temprana de la interpretación

Durante la conversación telefónica que precedió a la primera entrevista, el Sr. P me dijo que su matrimonio estaba en la ruina, que estaba enamorado y tenía una relación “intensamente apasionada” con la mujer de su mejor amigo, y que su vida estaba yendo “barranca abajo”. Cuando el paciente entró a mi consultorio tenía el aspecto de un hombre quebrado. La intensidad de su desesperación y ansiedad llenaba la habitación. El Sr. P me dio un fajo de papeles y me dijo que eran poemas de amor que había reunido, pensando que me ayudarían a entender los sentimientos que estaba teniendo en relación con esta mujer. La resignación abatida que transmitía la expresión facial y los movimientos corporales del paciente, tenían el efecto de una súplica: daba la sensación que sería cruel e inhumano no aceptar el gesto. Me daba cuenta que había algo ligeramente afeminado en el aspecto

y la forma de hablar del paciente.

Inmediatamente a continuación de estas primeras impresiones, pero aún dentro de los segundos de tiempo en que la mano del paciente estaba extendida, me apareció una clara sensación de que el paciente me estaba invitando a participar en un tipo de escena sado-masoquista homosexual. En esta escena yo imaginaba que, o me sometía y permitía que forzara sus contenidos “amorosos” (representados concretamente por sus poemas) dentro mío, o sería llevado a rechazarlos sádicamente y con ello demostraría mi poder sobre él (quizás a través de una interpretación “forzada” del deseo del paciente de descargar sus objetos internos destructivos dentro mío).

En base a estas respuestas extremadamente rápidas (casi no percibidas), que se desplegaban en los segundos de apertura del análisis, le dije al Sr. P que tomaría algún tiempo entender algo que había tenido lugar entre nosotros y sugerí que por el momento se quedase con sus poesías. En los minutos que siguieron me di cuenta cada vez más que ni había querido tocar los papeles que me ofrecía, y que sentí un rechazo todavía mayor a la idea de tocar su mano. Me pareció que el haber aceptado los papeles hubiese sido tomar parte en una forma especial de fantasía sexual que yo sentía que estaba en el fondo de lo que estaba siendo actuado al ocupar el Sr. P la cama de su mejor amigo. Hice la hipótesis, en forma muy condensada y casi no articulada, que al tener una aventura con la mujer de su mejor amigo, el Sr. P tenía la fantasía inconciente de poner su pene donde había estado el pene de su mejor amigo/padre. De esta forma tenía relaciones sexuales con su padre evitando el darse cuenta en forma conciente de la homosexualidad de este acto, porque el encuentro entre el pene suyo y el de su padre tenía lugar en la vagina de su madre.

Considero mis pensamientos-hipótesis sobre el significado incestuoso/homosexual de lo que recién había pasado en la entrevista como una forma de “reverie” (Bion, 1962), que reflejaba la experiencia de un tercero analítico intersubjetivo que estaba siendo generado por el Sr. P y por mí en su presentación. Menciono estos pensamientos por dos razones: primero, porque formaban la base de interpretaciones transferenciales más elaboradas que fueron discutidas con el paciente más tarde, gradualmente en esa entrevista y las siguientes, con respecto a las ansiedades del paciente para comenzar el análisis. El nivel conciente

de las ansiedades, que discutí más adelante en la sesión, estaba relacionado con no guardar la confidencialidad, la fantasía de encontrarme en situaciones fuera del setting analítico, y el saber, a partir de mis escritos, cosas sobre mí que lo excitaban y hacían sentir que podíamos tener entre nosotros una relación especial.

Segundo, menciono estas reveries/hipótesis porque siento que no hubiese podido discernir estos pensamientos y sentimientos si, reflexivamente, hubiese accedido al ofrecimiento de las poesías del Sr. P, en un esfuerzo “empático” de aceptar su expresión de la necesidad de ser entendido. El no aceptarlas permitió la creación de un espacio analítico donde las poesías pudiesen ser reconocidas (y a la larga comprendidas), como un “objeto analítico” (Green, 1975; Ogden, 1994). La intervención (el acto de no aceptar los poemas, conjuntamente con el tono y el contenido de mis comentarios sobre mis razones para rechazarlos), no representaban simplemente un intento de crear un “espacio analítico” (Ogden, 1986; Viderman, 1979), también representaba una etapa temprana de interpretación que comunicaba los elementos esenciales de lo que a la larga sería ofrecido como un conjunto de interpretaciones simbolizadas verbalmente. La acción comunicó mi comprensión de la transferencia-contratransferencia: la intensidad y la desesperación de la necesidad del paciente de poner algo dentro mío (los papeles dentro de mi mano, la poesía dentro de mi mente y mi cuerpo), reflejaban su sentimiento de que no podía tolerar el vivir con la pasión y el miedo destructivo y fuera de control que sentía lo estaban consumiendo. Era imperativo que la pasión destructiva fuese evacuada dentro mío, de manera de verse liberado mientras seguía conectado a ella a través mío. Al mismo tiempo, sentí que el Sr. P deseaba hacer uso de mí como analista en su esfuerzo de librarse de la telaraña de relaciones objetales internas y externas en donde se sentía irremediablemente atrapado. Todo esto fue discutido gradualmente con el paciente en el curso de las primeras entrevistas, en un lenguaje muy similar al que es usado acá.

Para resumir, mi comentario bastante prosaico acerca de que nos tomaría algún tiempo entender lo que había tenido lugar entre el Sr. P y yo, y mi sugerencia de que por el momento guardase sus poesías, representó un esfuerzo para establecer un espacio analítico dentro del cual pensar sobre lo que se estaba actuando. Con la misma importancia, el comentario representó un modo de

interpretación transferencial en forma de acción, que emergía de mi experiencia en (y de) el tercero analítico intersubjetivo. Esta experiencia me llevó a formular la interacción de apertura del análisis, como la actuación del paciente de fantasías incestuosas/homosexuales inconcientes por las cuales se sentía en peligro de ser desbordado. Su intento de entregarme los poemas de amor fue una comunicación altamente específica sobre su mundo objetal interno.

El contenido semántico de mi negativa no delineó mi hipótesis respecto a la naturaleza incestuosa/homosexual de la fantasía inconciente en la que yo estaba invitado a participar. Ofrecer al paciente, en ese momento, una interpretación en una forma simbolizada verbalmente, hubiese sido participar en el drama sexual fantaseado, en el rol de la pareja homosexual invasora. Sin embargo, mi negativa a aceptar los poemas era más que una negativa genérica a involucrarme en un acting-in con el paciente; era una negativa a participar en esta fantasía inconciente específica experimentada en el tercero analítico (cuya experiencia me estaba formulando en palabras a mí mismo). Como resultado, mi negativa llevaba significados (comprensiones tentativas de la transferencia-contratransferencia) que constituían una etapa temprana de lo que más adelante se ofrecería al paciente como una interpretación transferencial específica. La elaboración verbal posterior de una comprensión ofrecida inicialmente sólo en forma de una acción interpretativa y la explotación de la experiencia del analizando de la acción interpretativa, son partes inseparables de esta forma de intervención interpretativa.

EJEMPLO CLINICO III

Acción interpretativa en el área de los fenómenos transicionales

En el ejemplo siguiente, la interpretación en la acción fue ofrecida en el contexto de un campo transferencial-contratransferencial donde los fenómenos transicionales (Winnicott, 1953), eran de importancia central. Aunque la interpretación que va a ser discutida fue dada en forma de pregunta, el significado de la interpretación fue llevado, tanto por la experiencia de la intervención como un fenómeno transicional, como por el contenido

semántico de las palabras.

La Dra. L, una analista que yo supervisaba, presentó un caso bastante difícil a lo largo de un número de años. La paciente, la Srta. D, era una mujer extremadamente inteligente, que estaba en el comienzo de sus treinta años, y se había vuelto tan inválida por sus fobias (sobre todo claustrofobia) y su ansiedad sobre su inhabilidad para pensar, que no fue nunca capaz de trabajar o estudiar al nivel de un segundo título universitario (le tomó ocho años completar el primer título).

Sumado a los síntomas fóbicos la paciente se masturbaba compulsivamente con una fantasía central en la que era sexualmente estimulada por varios hombres contra su voluntad, generalmente mientras estaba atada o amenazada. Aunque la paciente tenía ocasionalmente relaciones con hombres, no tenía otra experiencia sexual más que la masturbación.

En su cuarto año de análisis, la Srta. D llegó a la sesión diciendo que un amigo le había dado uno de los artículos sobre psicoanálisis publicados por su analista. El amigo, un estudiante graduado en psicología, no sabía la identidad de la analista de la Srta. D porque para la paciente era un secreto vergonzoso, celosamente guardado. La Srta. D dijo que todavía no había leído el artículo porque quería discutir sus sentimientos acerca de él, y escuchar los pensamientos de la analista sobre el hecho de que ella lo lea, antes de proseguir.

La paciente dijo que le gustaría leer el trabajo aunque tenía miedo de no entenderlo. La analista tenía conciencia de que le provocaría ansiedad que la paciente mirara un discurso que sentía privado (entre ella y sus colegas). La Dra. L me dijo que había tenido la fantasía de que ya no sería capaz de escribir una vez que este área privada hubiera sido invadida por la paciente. La analista también tenía fantasías acerca de que la paciente se reconociera en el artículo, a pesar de que la Dra. L nunca escribió sobre su trabajo con la Srta. D.

En la supervisión en que la Dra. L discutió esta sesión conmigo, se entendieron los sentimientos contratransferenciales como un reflejo de una fantasía inconciente (de parte de la Dra. L) en la que la Srta. D había descubierto el secreto vergonzoso de la Dra. L de desear observar, en un estado de excitación, el coito de sus padres. El resultado no sólo sería el castigo de paralizar su escritura (el registro de sus "insights"), sino también el ser

“descubierta” por la paciente.

Los sentimientos de vergüenza de la Srta. D por estar en análisis, habían sido tentativamente entendidos e interpretados a lo largo del tiempo, como teniendo sus raíces en la fantaseada ecuación inconciente del espacio analítico con el dormitorio de los padres, donde sentía que estaba entrando secreta y excitadamente. Aunque la Srta. D discutía elementos de esta comprensión con considerable interés, a la Dra. L le pareció que la paciente estaba “mirando las interpretaciones desde afuera”. En una sesión, algunas semanas después que le dieran el artículo de la revista, la Srta. D dijo que había leído el trabajo y que le había parecido interesante escuchar la voz de la analista en esta forma distinta. Se discutió con cierto detalle la excitación de la Srta. D y sus sentimientos de competitividad, envidia y culpa. Luego la paciente dijo que había un número de términos y de ideas que no había entendido y que le gustaría saber más sobre ellos. La analista le preguntó a la paciente: “¿Qué le gustaría saber?”. La Dra. L se dio cuenta de la ambigüedad de la pregunta sólo una vez que la formuló. ¿Pensaba contestar todas las preguntas de la paciente, o solamente estaba preguntando sobre la naturaleza de las preguntas? La Dra. L me dijo que en el momento de hacer esta pregunta había creado en su mente la posibilidad imaginativa de contestar directamente las preguntas de la paciente, aunque no había sentido ninguna presión de tomar una decisión sobre si realmente lo haría o no.

La Srta. D se alarmó por la pregunta de la analista (respondiendo a la misma ambigüedad de la que se dio cuenta la analista), y dijo que no sabía si la analista realmente quería decir lo que dijo. Durante el curso del análisis la Srta. D muchas veces describió la soledad durante su infancia, el no poder hablar con ninguno de los padres ni hermanos sobre “¿qué demonios está pasando?” “¿qué querrás decir con eso?”, etc.

La Srta. D continuó diciendo que sentía que algo muy importante había cambiado entre la Dra. L y ella como resultado de la respuesta de la Dra. L, que de ningún modo había esperado. La paciente dijo que ya no sabía qué preguntar, ni siquiera sabía si quería preguntar algo. La Srta. D hizo una pausa y dijo que sobre todo, lo que más había querido saber, era si la analista estaba dispuesta a hablarle sobre las cosas que la confundían y sorprendentemente, las respuestas a las preguntas ya no tenían importan-

cia.

La Dra. L entendió la respuesta de la paciente con referencia al deseo conflictivo de la Srta. D de tener curiosidad acerca del discurso privado (incluido el coito) de sus padres, sin sentirse arrollada, ni atrapada por ello. La paciente estaba luchando para crear un espacio potencial (Winnicott, 1971; Ogden, 1985) intersubjetivo en la transferencia-contratransferencia, en donde la participación imaginada en el discurso/coito parental podía tener lugar en una forma distinta. En otras palabras, la Srta. D estaba tratando de imaginar y de pensar el tener curiosidad sobre el discurso/coito parental sin engancharse en un acontecimiento perverso, psicológicamente sobre-estimulante que sería repetido compulsiva y excitadamente (como en la masturbación compulsiva) o rechazado temerosamente (por ejemplo, con la parálisis de la capacidad para pensar).

La respuesta de la Dra. L “¿qué le gustaría saber?” fue espontánea y altamente informada por su experiencia en el tercero analítico intersubjetivo. Esta intervención contrasta con una indagación o una interpretación de la naturaleza del deseo inconciente conflictivo de la paciente de participar en la vida extra-analítica (sexual) de la analista. La respuesta de la Dra. L representó una interpretación-en-la-acción que fue generada en un espacio potencial entre la realidad y la fantasía. Su respuesta (acción interpretativa) transmitió entendimientos que pudieron ser utilizados por la paciente en una forma que previamente no había sido posible porque la respuesta en sí misma representaba una forma de fenómeno transicional, es decir una experiencia generada intersubjetivamente, en donde se creaba y mantenía una paradoja emocionalmente importante, sin necesidad de ser resuelta. En esta instancia la paradoja estaba relacionada con la pregunta latente (dentro de la pregunta manifiesta de la Dra. L): “Realmente, ¿quiere participar en el discurso/coito privado de sus padres/analista?” La pregunta, en su contenido manifiesto y latente, fue recreada intersubjetivamente de tal modo, que ambas, la analista y la analizanda, pudieron experimentarla y entenderla como una pregunta (o más exactamente, un set de preguntas) para las que no se necesitaba respuesta.

En otras circunstancias, la respuesta/acción interpretativa de la Dra. L podría haber sido escuchada como una asustante, sobre-estimulante, invitación a “romper la ley del padre” (Lacan, 1958),

es decir a violar la prohibición del rompimiento de los límites personales, que son la base de la relación analítica. El hecho que la Srta. D sintiese la acción interpretativa/pregunta de la analista, como teniendo cualidades de un fenómeno transicional (una paradoja creada intersubjetivamente en la forma de una pregunta que no necesita ser respondida), se reflejó en la respuesta de la Srta. D a la intervención: no trató de actuar compulsivamente fantasías voyeuristas o en la realidad, meterse más en el discurso profesional de la analista (por ejemplo buscando ansiosamente otros trabajos de la Dra. L).

En este caso, la formulación silenciosa verbal de la analista, se desarrolló con el tiempo. Hubo una cualidad espontánea, no planeada en la intervención/pregunta, cuyos contenidos la analista comenzó a reconocer y verbalizar conciente y silenciosamente sólo después que (o quizás mientras) formulaba la pregunta. Este tipo de acción interpretativa podría ser pensada como representando “el gesto espontáneo del tercero analítico”. Para la Dra. L, sólo en el curso de la supervisión, se volvió completamente articulada la comprensión de su pregunta como un tipo de fenómeno transicional que genera posibilidades paradójicas e imaginativas.

Para concluir, la acción interpretativa en discusión transmitió una comprensión del conflicto inconciente de la paciente (como experimentado en, y a través, del tercero analítico intersubjetivo) y representó una experiencia en el área de los fenómenos transicionales. En este caso, fue necesario que la experiencia de la acción interpretativa en sí misma ocupara un espacio transicional en donde nuevas posibilidades imaginativas (en oposición a fantasías compulsivas), podían ser creadas intersubjetivamente. La pregunta “¿qué le gustaría saber?” representó una acción interpretativa que transmitió una comprensión del conflicto inconciente principal de la paciente, que llevó a un desplazamiento psicológico en donde la escena primaria (y el drama edípico) podía ser (re-)creado sin peligro y explorado en el área entre la realidad y la fantasía. En ese “tercer área del experimentar” (Winnicott, 1953), ni las preguntas de la Dra. L, ni las preguntas (manifiestas y latentes) de la paciente, necesitaban ser contestadas. De hecho, la transmisión de esa comprensión (es decir, que las preguntas no necesitaban respuesta), constituyó la interpretación.

RESUMEN

En este trabajo se entendió el concepto de acción interpretativa, como el uso de actividad por parte del analista, para poner de manifiesto al paciente aspectos específicos de su comprensión de la transferencia-contratransferencia, que no puede ser comunicada en esa coyuntura solamente a través de un discurso simbólico. La comprensión de la transferencia-contratransferencia transmitida por una acción interpretativa deriva de la experiencia del analista y del analizando en el tercero analítico intersubjetivo. Aunque el analista use la acción para comunicar aspectos de esta comprensión al analizando, el analista formula, simultánea y silenciosamente, la interpretación en palabras. Los tres ejemplos clínicos de acción interpretativa que se presentan fueron seleccionados, no por representar hechos psicoanalíticos notables, más bien, se presentan como un esfuerzo de ilustrar la forma en que la interpretación-en-la-acción representa un aspecto fundamental y todavía insuficientemente explorado del proceso interpretativo.

SUMMARY

In this paper, the concept of interpretive action was understood as the analyst's use of activity to reveal to the patient specific aspects of his or her understanding of the transference-countertransference which cannot be communicated at that juncture through symbolic speech alone. The understanding of the transference-countertransference conveyed by an interpretative action was derive from the experience of analyst and analysand in the intersubjective analytic third. Although the analyst used action to communicate aspects of this understanding to the analysand, the analyst simultaneously and silently formulated the interpretation in words.

The three clinical illustrations of interpretive action that have been presented were selected not because they represent remarkable or unusual psychoanalytic events. Rather, they have been presented in an effort to illustrate the way in which interpretation-in-action represents a fundamental, and yet insufficiently explored aspects of the interpretive process.

RESUME

Dans ce travail on entend le concept d'action interprétative comme l'utilisation de l'activité de la part de l'analyste, pour mettre en évidence pour le patient des aspects spécifiques de sa compréhension du transfert/contre-transfert qui ne peuvent pas être communiqués uniquement, dans cette conjoncture, à travers un discours symbolique. La compréhension du transfert/contre-transfert transmise par le moyen de l'action interprétative est issue de l'expérience de l'analyste et du patient dans le troisième analytique intersubjectif. Bien que l'analyste utilise l'action pour communiquer des aspects de cette compréhension au patient, il a formulé –de façon silencieuse et simultanée– l'interprétation discursivement.

Les trois exemples cliniques d'action interprétative qu'on y présente ont été choisis non pas parce qu'ils constituent des faits psychanalytiques remarquables, mais parce qu'ils éclairent la façon dont l'interprétation-dans-l'action représente un aspect fondamental et encore peu exploré du processus interprétatif.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F. & FRENCH, T. M. (1946). The principle of corrective emotional experience. In *Psychoanalytic Therapy. Principles and Application*. New York: Ronald Press, pp. 66-70.
- BALINT, M. (1968). *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*. pág. 160. London: Tavistock.
- BION, W. R. (1962). *Learning from Experience*. New York: Basic Books.
- BOYER, L. B. (1983). "Personal communication".
- CASEMENT, P. J. (1982). Some pressures on the analyst for physical contact during the re-living of an early trauma. *Int. Rev. Psychoanal.* 9:279-286.
- COLTART, N. E. C. (1986). "Slouching towards Bethlehem..." or thinking the unthinkable in psychoanalysis. In *The British School of Psychoanalysis. The Independent Tradition*, ed. G. Kohon, New Haven: Yale Univ. Press, pp. 185-199.

- FERENCZI, C. (1920). The Further development of an active in psychoanalysis. In *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*. New York: Brunner/Mazel, 1980, pp. 198-217.
- GREEN, A. (1975). The Analyst, symbolizations and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). *Int. J. Psychoanal.*, 56:1-22.
- JOSEPH, B. (1985). Transference: the total situation. *Int. J. Psychoanal.*, 66:447-454.
- KLAUBER, J. (1976). Elements of the psychoanalytic relationship and their therapeutic implications. In *The British School of Psycho-analysis: The Independent Tradition*, ed. G. Kohon. New Haven: Yale Univ. Press, 1986, pp. 200-213.
- KLEIN, M. (1952). The origins of transference. In *Envy and Gratitude and Other Works, 1946-1963*. New York: Delacorte, 1975, pp- 48-56.
- LACAN, J. (1958). On a question preliminary to any possible treatment of psychosis. In *Écrits. A Selection*. Translated by Alan Sheridan. New York: Norton, 1977, pp. 179-225.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1967). *The Language of Psycho-Analysis*. Translated by D. Nicholson-Smith. New York: Norton, 1973.
- LITTLE, M. (1960). On basic unity. *Int. J. Psychoanal.*, 41:377-384.
- MC LAUGHLIN, J. T. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *Am. J. Psychoanal.*, 51:595-614.
- VIDEAMAS, S. (1979). The Analyst as a subject of meaning and problems. *Psychoanal. Forum*, 10:257-270.
- MITCHELL, S. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- OGDEN, T. H. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York/London: Aronson.
- (1985). On potential space. *Int. J. Psychoanal.*, 66:129-141.
- (1986). *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Northvale, NJ/London: Aronson.
- (1989). *The Primitive Edge of Experience*. Northvale, NJ/London: Aronson.
- (1991). Analysing the matrix of transference. *Int. J. Psychoanal.*, 72:593-605.
- (1992a). The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis. I. The Freudian subject. *Int. J. Psychoanal.*, 73:517-526.
- (1992b). The dialectically constituted/decentered subject of

- psychoanalysis. II. The contributions of Klein and Winnicott. *Int. J. Psychoanal.*, 73:613-626.
- (1994a). The analytic third: working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psychoanal.*, 75:3-20.
- (1994b). Projective identification and the subjugating third. In *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ/London: Aronson, pp. 97-106.
- ROSENFELD, H. (1971). Contributions to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and the object relations of the psychotic patient. In *Problem of Psychosis*, ed. P. Doucet & C. Laurin. Amsterdam: Excerpta Medica, pp. 115-128.
- (1978). Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients. *Int. J. Psychoanal.*, 59:215-221.
- SANDLER, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *Int. Rev. Psychoanal.*, 3:43-48.
- STEVENS, W. (1947). The creations of sound. In *The Collected Poems of Wallace Stevens*. New York: Knopf, 1967, pp. 310-311.
- STEWART, H. (1977). Problems of management in the analysis of a hallucinating hysteric. *Int. J. Psychoanal.*, 58:67-76.
- (1987). Varieties of transference interpretations: an object-relations view. *Int. J. Psychoanal.*, 68:197-205.
- (1990). Interpretation and other agents for psychic change. *Int. Rev. Psychoanal.*, 17:61-69.
- SYMINGTON, N. (1983). The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change. *Int. Rev. Psychoanal.*, 10:283-291.
- WANGH, M. (1962). The "evocation of a proxy": a psychological maneuver, its use as a defense, its purpose and genesis. *Psychoanal. Study Child*, 17:451-469.
- WINNICOTT, D. W. (1949). Hate in the countertransference. In *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books, 1958, pp. 194-203.
- (1953). Transitional objects and transitional phenomena. A study of the first not-me possession. In *Playing and Reality*. New York: Basic Books, 1971, pp. 1-25.
- (1971). The place where we live. In *Playing an Reality*. New York: Basic Books, pp. 104-110.

Traducido por Clara Rosa Nemas de Urman.

ACCION INTERPRETATIVA

Descriptores: Acción. Comunicación. Contratransferencia. Interpretación. Psicoanalista. Transferencia.

Thomas H. Ogden
1721 Scott St.
San Francisco, CA 94115
USA