

ARTÍCULO

# VIGENCIA Y EFICACIA DEL PSICOANÁLISIS: DESAFÍOS ACTUALES

Miguel Alejo Spivacow

Psiquiatra y Psicoanalista, Medico UBA. Diploma de Honor.  
Especialista en tratamiento psicoanalítico de adolescentes y  
adultos, y en terapias de parejas de orientación psicoanalítica.  
Miembro Titular de la AEAPG (Asociación Escuela Argentina de  
Psicoterapia para Graduados).

Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina.  
Miembro Titular de la Asociación Argentina de Psicología y  
Psicoterapia de Grupo. Miembro titular de APSA,  
Asociación Argentina de Psiquiatras.

Fue autor entre otras obras de "Clínica psicoanalítica con  
parejas", "Entre la teoría y la intervención",  
y también de "La pareja en Conflicto".

Presento numerosos artículos en jornadas y Congresos.  
El 2019 participó del Congreso de Flappsip que se realizó en  
Montevideo.

**Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article**

Spivacow M. (2020) VIGENCIA Y EFICACIA DEL PSICOANÁLISIS: DESAFÍOS ACTUALES

Intercambio Psicoanalítico 11 (2), DOI: doi.org/10.60139/InterPsic/14.2.1/

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

# VIGENCIA Y EFICACIA DEL PSICOANÁLISIS: DESAFÍOS ACTUALES

Intervenciones eficaces: testimonios de la clínica<sup>1</sup>

<sup>1</sup> La ponencia que a continuación se transcribe tuvo lugar en el Espacio Científico de la AEAPG, en el año 2017.

## Miguel Alejo Spivacow<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Psiquiatra y Psicoanalista, Médico UBA. Diploma de Honor. Especialista en tratamiento psicoanalítico de adolescentes y adultos, y en terapias de parejas de orientación psicoanalítica. Miembro Titular de la AEAPG (Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados). Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Miembro Titular de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Miembro titular de APSA, Asociación Argentina de Psiquiatras. Fue autor entre otras obras de "Clínica psicoanalítica con parejas", "Entre la teoría y la intervención", y también de "La pareja en Conflicto". Presento numerosos artículos en jornadas y Congresos. El 2019 participó del Congreso de Flappsip que se realizó en Montevideo.

*Miguel Spivacow (1950-2020) ha sido un querido miembro de la AEAPG. Sus interesantes aportes fueron transmitidos en diversos espacios dentro de nuestra institución.*

*Frente al dolor de su pérdida, deseamos homenajearlo con la publicación en nuestra revista "Intercambio psicoanalítico" de un trabajo que presento en el contexto de la actividad científica de: "Los miércoles en la Escuela". Lo vamos a recordar con mucho afecto.*

**"El psicoanálisis no es una filosofía ni una experiencia mística. [...] el objetivo –no lo olvidemos– es curar: que la persona se mejore, se sienta mejor en su vida, lleve mejor las relaciones con los seres cercanos, esté mejor".**

**J. D. Nasio**

**"La teoría busca conceptos coherentes, la práctica busca acciones eficaces".**

**E. Kant**

Buenos días a todos, muchas gracias por la invitación a la comisión organizadora. De acuerdo a lo que nos solicitaron voy a referirme a algunas cuestiones que se plantean al analizar la eficacia en la intervención.

Discernir cuáles son las intervenciones eficaces en nuestra práctica psicoanalítica es una cuestión de relevancia dado que autores y escuelas proponen muy diferentes maneras de intervenir frente a situaciones clínicas semejantes y no es fácil diferenciar entre lo que sería el éxito o el fracaso de una intervención. ¿Qué entendemos por eficacia? ¿Cómo la evaluamos? Aunque analizar esta cuestión remite a la totalidad del psicoanálisis y es una tarea dificultosa, no podemos abandonarla ya que es la eficacia terapéutica del psicoanálisis la que en el decir de Freud, nos da nuestro lugar en la sociedad. Nuestra vigencia en el mundo de hoy depende en mucho de nuestra eficacia terapéutica.

Digamos entonces algunas palabras respecto de la vigencia del psicoanálisis en nuestra sociedad. A mi entender, la vigencia del psicoanálisis como cura está en gran parte cuestionada porque resulta muy difícil renovar y adecuar nuestra terapia a las nuevas y vertiginosas realidades sociales y en esta tarea de transformación de nuestras herramientas, los psicoanalistas hemos cometido muchos errores.

Hubo épocas en que se exigían cuatro sesiones por semana, épocas en que la cura consistía en analizar los mil y un recovecos de la relación con el analista, épocas en que el análisis se limitaba a descifrar algunos significantes sin considerar otros funcionamientos del sujeto en su conjunto. En muchos momentos los árboles no nos dejaron ver el bosque y perdimos el sentido terapéutico que debe encuadrar a cualquier tratamiento.

Así las cosas, si no queremos repetir conductas que nos perjudicaron, observemos la sociedad de hoy. En nuestra cultura el tratamiento analítico posible es de una o dos veces por semana y los tratamientos deben adecuarse a esta realidad, dentro de un código ético. Y por supuesto, esto implica modificaciones en la transferencia, la regresión, la intervención y el conjunto del tratamiento. Adaptarse a las épocas actuales implica también reconocer que hay muchas terapias no analíticas exitosas: cognitivas, farmacológicas y de otra índole y que nuestra disciplina debe o bien incorporar algunos de sus aportes o bien trabajar interdisciplinariamente. En consecuencia, cada vez que pueda ser útil, será necesario requerir la colaboración de la medicación. La oposición psicoanálisis / medicación, si dejamos de lado los intereses económicos de los grandes laboratorios, es anacrónica. Esto, por supuesto, si no queremos transformarnos en una pieza de museo. Nuestra terapia, dice Freud en su última entrevista (con G. S. Viereck) consigue que el sujeto no se pierda en los laberintos de su inconsciente y en este trabajo radica nuestra posible vigencia en la contemporaneidad: debemos ocuparnos del sufrimiento psíquico en todas sus formas, atendiendo a que en última instancia donde era el ello y lo inconsciente, el yo pueda tomar las riendas.

También las cuestiones de encuadre deben ajustarse a lo posible y como dice Anzieu: "Un trabajo de tipo psicoanalítico debe hacerse allí donde surge el inconsciente: de pie, sentado o recostado; individualmente, en grupo o en una familia, en todo lugar donde un sujeto pueda dejar hablar sus angustias y sus fantasías ante alguien de quién supone la escucha y a quién supone apto para dar razón de ello".

Debemos estar abiertos a todo tipo de innovaciones técnicas. La vigencia del psicoanálisis en el mundo contemporáneo depende de que asuma su condición de psicoterapia destinada aliviar el sufrimiento psíquico del paciente a partir de la escucha de su inconsciente, sin pretensiones de falsa pureza o de lealtad a una teoría monolítica. La teoría psicoanalítica no puede ser monolítica, ni freudiana ni kleiniana ni lacaniana ni winnicottiana, el psicoanálisis posible debe fundamentarse en un pluralismo crítico en que la práctica jerarquice la singularidad del paciente, considere el protagonismo de lo inconsciente y no pierda de vista a la transferencia y a las resistencias (Freud S. Pilares...).

Por otra parte, no perdamos de vista que nuestra vigencia en la cultura contemporánea no depende únicamente de lo que nosotros hagamos. La lucha más difícil de nuestra disciplina no es con los biólogos ni con los conductistas ortopedistas, si podemos decirlo así, ni siquiera con los que manejan el negocio de la salud, sino con los valores de la sociedad contemporánea. Si a Freud le tocó en su tiempo ser un sexópata que desconfiaba de las mentes angelicales de los niños, a nosotros nos toca hoy el incómodo lugar de no ofrecer algo rápido, seguro y exitoso, no ofrecer una suerte de fastfood acorde a los tiempos que corren. Para la cultura del fastfood somos lentos, retorcidos y tediosos. Y la ayuda que proponemos es también un incordio, porque la planteamos como un trabajo psíquico. La cultura de nuestros días detesta la noción de trabajo psíquico.

Estamos frente a una situación contradictoria: el psicoanálisis ya forma parte de la mayoría de las corrientes de pensamiento actuales, todas las ciencias humanas utilizan muchos de sus conceptos, el inconsciente y la sexualidad freudiana son un referente en la historia del pensamiento pero, no obstante, el lugar del psicoanálisis como práctica terapéutica, está en retroceso. En la cultura de la inmediatez, la imagen, la velocidad y el narcisismo, nuestro lugar como práctica clínica es obligadamente precario.

Ahora bien, dejando de lado la multiplicidad de factores implicados en la vigencia o no vigencia del psicoanálisis en nuestra sociedad, pasemos al tema de la eficacia, tal como se le plantea al clínico en sesión. Discutir las múltiples cuestiones que aquí aparecen, es una tarea que hoy en el espacio de una reunión apenas podremos vislumbrar. Yo me limitaré a transmitirles algunas problemáticas que a mi entender están menos resaltadas en la bibliografía y que en mi experiencia, son relevantes.

En primer término, una referencia a la singularidad de cada intervención. La consulta a un analista, hoy, no se limita a las neurosis de transferencia: consultan adicciones, borderlines, depresiones, patologías postraumáticas, problemáticas narcisísticas, psicósomáticas, parejas, familias..., los modos de presentación de los sufrimientos contemporáneos son variadísimos y la intervención eficaz es muy diferente en una u otra situación clínica. No existe un "paciente standard" y cada sujeto singular y cada situación clínica requieren diferentes intervenciones y abordajes. Mientras un paciente con vulnerabilidad narcisística requiere que reforcemos su autoestima, otro paciente, con rasgos psicopáticos, regula su sentimiento de sí con independencia de la Ley y la intervención debe crear una posibilidad de autocuestionamiento de la autoestima omnipotente. Mientras con un paciente en el cual predominan los funcionamientos inhibitorios y represivos debemos promover que tome contacto con sus deseos y los despliegue, con otro paciente en el que predominan rasgos adictivos la tarea es que aprenda a disciplinar sus deseos y modularlos de manera más acorde a sus posibilidades. Toda intervención es siempre singular, como todo paciente, y es en este contexto en que debemos discutirla.

Pasando a otro aspecto del problema, la teoría psicoanalítica del cambio presenta todavía muchos interrogantes. Al evaluar una intervención y el cambio psíquico que efectiviza, adquieren importancia cuestiones subjetivas que no pueden referirse de manera lineal a conceptos teóricos. Tato Pavlovsky era una persona que además de ser terapeuta, se dedicaba muy centralmente al teatro. En un artículo en que da testimonio de su análisis, nos habla de su analista, la bruja sabia, Marie Langer y cuenta que él atravesaba una crisis muy dolorosa y prolongada en la que ninguno de los dos encontraban la salida. Por fin, un día la bruja se iluminó e intervino con esa eficacia que a veces nos brota de algún rincón de lo inconsciente. "Tato -le dijo-, Ud. tiene que volver a hacer teatro.

Tiene que volver a hacer teatro ya". Y nuestro paciente volvió a hacer teatro, del que estaba circunstancialmente alejado y la crisis fue poco a poco cediendo. Las intervenciones eficaces, en nuestra clínica, siguen caminos muy complejos cuando no misteriosos.

La construcción de una intervención eficaz supone un especial trabajo psíquico en el analista que Liberman (1978, pág. 9) describe apelando de manera algo laxa y discutible a los conceptos de insight y elaboración<sup>1</sup>. Dice: "Quiero que se me entienda bien. Durante la totalidad del proceso analítico se suceden insight y elaboración de los conflictos inconscientes, y esto no ocurre únicamente en el analizado, sino también sucede en el terapeuta con el material de aquél". En su visión, los recursos que permiten al terapeuta concebir la intervención adecuada y los ajustes y reformulaciones que puedan ser necesarias surgen de la unión entre la comprensión de los psicodinamismos del paciente, la elucidación de los problemas contratransferenciales y un tipo muy especial de trabajo psíquico en el analista. Para Liberman, la curación del paciente "empieza en la cabeza del analista y en sus procesos de insight referidos a la psicopatología del paciente" (com. personal). Esto permite ajustar en el analista la respuesta empática que requiere el paciente de modo tal de facilitar, habilitar, los procesos de elaboración (pág. 336, I. J. Psycho-Anal 1978, V. 59) y al mismo tiempo imaginar y criticar, elaborar el posible camino de curación del paciente singular.

Es porque la intervención requiere del insight en el analista, que muchos han acentuado la dimensión poética y creativa de nuestro trabajo. La intervención agrega simbolización, metáfora y poesía, pero no se trata de la poesía de un artista. Se trata de que el analista, en su trabajo de insight y elaboración sobre el paciente, también se identifica y desidentifica con el analizante y va encontrando los significantes y las metáforas que a éste le faltan.

Poner el acento en el trabajo psíquico del analista implica también subrayar que la transferencia del paciente, cuando es operativa y efectiva, se co-construye. La transferencia del paciente y la intervención del analista, cada una retroalimenta y resignifica a la otra y esta retroalimentación condiciona la eficacia de la intervención, lo cual nos lleva a otra pregunta.

---

1 A nuestro juicio emplea de manera laxa los conceptos de insight y elaboración porque no los refiere a procesos del paciente respecto de sí mismo, sino del analista respecto del paciente. En general se usa insight en relación a la comprensión de un proceso interno, se trata de la autoobservación (ver Etchegoyen, Fundamentos pág. 613).

¿De quién depende la eficacia de una intervención? Se juega siempre una retroalimentación. Muchos pacientes vienen a tratamiento para que nada cambie, como el estereotipo de Woody Allen, mientras que los pacientes que progresan corrigen nuestros errores y mejoran nuestras intervenciones. Atendiendo al polo analista, Liberman ubica al insight en el analista como una brújula en el mapa de ruta de la cura. Lo mismo hace Lacan cuando ubica al deseo del analista como el concepto directriz de la cura o cuando ubica las resistencias en el analista. Desde el punto de vista de lo inconsciente, los pacientes no quieren cambiar y ambos autores señalan que los pacientes no quieren sufrir, pero no por esto están deseosos de cambiar. Lo que quieren es "ser felices", realizar el programa del principio del placer. Hay un deseo de felicidad pero no un deseo de cambio. Y por eso mismo es que no se pueden perder de vista las resistencias que operan en el paciente, aunque sin duda también operan en el analista. Volviendo a la pregunta referida a de quién depende la eficacia de una intervención, podemos responder: de todos los participantes involucrados.

Vista la complejidad de la intervención, que siempre despliega una variedad de factores responsables de su eficacia o ineficacia, me parece importante señalar que, en mi clínica, un factor fundamental es la actitud del analista al intervenir. Esta funciona como una puerta que abre o cierra el ingreso al mundo interno del paciente.

En efecto, la intervención tiene innumerables facetas importantes además de su corrección en el contenido y hay una larga lista de conceptos que analizan el mensaje al analizante más allá de lo verbalmente explícito: contratransferencia, deseo de analista, persona real del analista, respuesta afectiva del analista, estilos complementarios, actitud profesional, intersubjetividad, relación con el paciente, en fin... Todos aluden a un plus (D. Stern) que se entrelaza a lo evidente del contenido verbal y decide en mucho la llegada de la intervención. Este plus depende muy fundamentalmente de una actitud, más allá de las palabras, pero no es fácil de precisar.

La actitud desde la cual el analista interviene debe ser aquella que, considerando la transferencia, habilite el contenido verbal de la intervención. El analista interpreta considerando fundamentalmente la transferencia junto a los demás factores y en lo que verbaliza talla los contenidos más precisos de su intervención, al mismo tiempo que en sus gestos, sus silencios, su sonrisa, su manera de hablar, su actitud, talla con menor detalle pero no menor importancia, una película en paralelo, un personaje, un semblante cuyos rasgos surgen y cambian según su análisis del caso clínico singular. Somos en términos generales un analista en actitud profesional (Winnicott) pero en la penumbra y sin verbalizarlo, según el paciente y la situación clínica, intentamos traslucir un padre estricto, un padre benevolente, una madre distraída, una madre detallista, una tía cómplice, un personaje ambiguo, un señor chismoso, en fin... intentamos, en el registro de lo imaginario, representar el personaje que mejor habilitará la escucha de nuestro mensaje verbal.

No somos actores pero el envase es fundamental. Un ejemplo puede aclarar. Podemos, dado el caso, interpretar a un paciente que su búsqueda de una mujer inmaculada y virginal lo lleva a permanentes situaciones de impotencia pero este contenido puede interpretarse desde un personaje de hombre estricto o por el contrario desde un lugar de varón espontáneo, con alguna experiencia en el terreno de las mujeres. Con un paciente impulsivo puede convenir el hombre estricto, mientras que con alguien con inhibiciones tal vez convenga el varón espontáneo con alguna experiencia. El analista reconoce una transferencia que lo habilita a intervenir, esboza el contenido de su intervención y luego puede hablar desde una actitud profesional genérica o bien agregando un plus, una actitud que aspira a establecer mejores posibilidades para el cambio psíquico buscado.

Son muchos los autores que han señalado que, además de formular la intervención adecuada, el analista representa un personaje más allá de sí mismo (profesional – Winnicott–, empático –Kohut– o lo que sea), un personaje que debe ser diferente con un adolescente rockero, con un viejo afectado por sus achaques, con una quinceañera enamoradiza, con un ingeniero que en el decir de su esposa “es cúbico y apilable”, con un obeso impulsivo y maniaco, con una persona en duelo, en fin... El analista debe tallar la actitud desde la cual interpreta como un actor su personaje.

La eficacia de la intervención nos plantea hoy, 2017, preguntas diferentes que las que se planteaban hace 100 o 50 años. Para Freud el único encuadre era el individual pero el psicoanálisis de hoy trabaja en encuadres de pareja, familia, grupales, multifamiliares, encuadres vinculares del más variado tipo. No podríamos, en la brevedad de estas páginas, desarrollar adecuadamente por ejemplo, cuándo con un adolescente o con un niño conviene un abordaje vincular y cuando uno individual, cuándo indicar tratamiento de familia o de pareja, cuándo terapia de grupo. El concepto de base es que cada encuadre recorta un diferente real, al que permite un acceso privilegiado.

Dicho de otra manera, el psiquismo es heterogéneo y se verifican en él diferentes tipos de funcionamientos. Los tratamientos vinculares tienen una indicación preferencial –no exclusiva– cuando se trata de abordar clínicamente aquellos funcionamientos psíquicos que llamamos vinculares o intersubjetivos, es decir aquellos funcionamientos que no alcanzan a desarrollar sus cualidades fundamentales en una mente individualmente considerada y que requieren del otro para su existencia plena. Son los funcionamientos que en el decir de Kaës, se ajustan a un paradigma: “No lo uno sin lo otro ni sin el vínculo que los une y contiene”.

En efecto, sabemos que cuando dos o más sujetos coexisten con cierta cercanía se produce entre ellos el proceso de interdeterminación, de modo que se influyen recíprocamente no solamente en el terreno consciente sino también inconscientemente, y para poder entender el funcionamiento de uno hace falta considerar el funcionamiento del otro y del vínculo que contiene a ambos. Pero no solo se da la interdeterminación o bidireccionalidad, se producen otros procesos fundamentales: hay renunciaciones pulsionales, hay redistribuciones del trabajo psíquico, hay trabajo de la intersubjetividad, hay organizadores estructurales que se llaman alianzas inconscientes y también otros procesos que no mencionamos.

Los pacientes piden ayuda para aliviar un sufrimiento, pero no saben cuál es el camino terapéutico, somos nosotros los que debemos indicar si conviene una u otra forma de intervención psicoterapéutica, si conviene o no evaluar una medicación con un psiquiatra, si el sufrimiento que los aqueja aunque parece psicológico tiene un origen orgánico y debe estudiarlo un médico, en fin... ¿El sujeto del que el psicoanálisis se ocupa es una entidad individual? ¿Cómo influyen en él lo que proviene de sus otros? Según la respuesta, será diferente la intervención del analista. Respondiendo a esta pregunta, Kaës aporta una fórmula feliz y define al sujeto del psicoanálisis como a un "singular plural". Esto quiere decir muchas cosas pero en lo fundamental alude a que un sujeto es en parte singular y sus funcionamientos actuales se deciden en espacios psíquicos unipersonales, aunque físicamente esté acompañado, y al mismo tiempo, aunque esté físicamente en soledad, es plural y sus funcionamientos psíquicos se deciden en espacios plurisubjetivos, tales como los vínculos que habita. El sujeto entonces es un singular plural y si quieren tener una aprehensión más inmediata aún de la verdad de esta fórmula, pueden recordar a Winnicott cuando decía que un bebé, eso solo no existe. Lo que sí existe, decía Winnicott, es un bebé -singular- en un vínculo -plural-.

Todo esto, volvamos a la intervención, debe ser considerado al evaluar de qué manera intervenir como analistas, qué encuadre indicar y, en el encuadre que fuere, qué intervención tener.

Ahora bien, antes de finalizar, me parece importante subrayar que he mencionado apenas algunas pocas cuestiones entre las muchas que me resultan interesantes al reflexionar sobre las intervenciones eficaces en este momento de mi formación, de mi vida, mis lecturas y seguramente en relación a los pacientes que en este momento atiendo. Hay cuestiones centrales que ni siquiera he mencionado: el trabajo de hacer consciente lo inconsciente o de insight, muchas cuestiones referidas a la relación diferente que el analista ofrece a su paciente, la cuestión de la persona real del analista, su orientación sexual, múltiples aspectos del vínculo paciente - analista, en fin... En mi opinión, la importancia del factor analista es fundamental en la intervención, aunque se trate de un factor difícil de precisar. La nuestra es una práctica "operador-dependiente" en la que Piera Aulagnier decía que el analista debe arremangarse con su paciente y Lacan decía que el analista debe tener tetas.

A mi juicio, esta actitud se relaciona fuertemente con lo que yo llamaría el compromiso emocional del analista con el paciente, factor que considero fundamental.

También, como el lector puede haber observado, en este texto no se establecen diferencias nítidas entre lo que se dio en llamar un tratamiento psicoanalítico y una psicoterapia analítica. Hay, a mi juicio, que repensar los parámetros para delimitar esta frontera. El número de sesiones, el manejo de la transferencia, problemas de muy diferente cuño, han establecido pautas para clasificaciones que a mi criterio no son claras: para poner un ejemplo, hay pacientes que en una vez por semana realizan un trabajo analítico que otros no realizan en cuatro veces por semana, de modo que los parámetros para designar a un tratamiento como psicoterapia psicoanalítica o tratamiento analítico solo pueden discutirse en relación al cambio psíquico que en él se verifica. Dicho de otra manera, hay tratamientos psicoanalíticos que tienen una frecuencia de una vez por semana y tienen mayor eficacia analítica que otros de una frecuencia mucho mayor.

\*\*\*\*\*

Citas para seguir pensando:

"... la técnica analítica tiene que experimentar ciertas modificaciones de acuerdo en la forma de la enfermedad y las pulsiones que predominan en el paciente." (Freud, SE XI, 137, 1910)

"...el análisis no consiste en encontrar, en un caso, el rasgo diferencial de la teoría, y en creer que se puede explicar con ello 'por qué su hija está muda', pues de lo que se trata es de 'hacerla hablar', y este efecto procede de un tipo de intervención..."(Lacan, Seminario 11, pág. 19).

"Una interpretación puede ser estéril aunque haya sido correcta o bien formulada y, lo más probable es que no arraigue. Los psicoanalistas más dotados lo saben y hacen ese "algo más", incluso considerándolo como parte de la interpretación. Pero no lo es. Y este es exactamente el problema teórico que estamos intentando resolver. Si el campo de lo que se considera una interpretación se vuelve demasiado amplio y mal definido, los problemas teóricos llevan a una confusión total". (Daniel Stern y otros. Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica).

"En su retorno a Freud, Lacan insistió en diferenciar psicoanálisis de psicoterapia y acentuó que la cura viene por añadidura, dando lugar a que algunos tomaran como desinterés por la cura estas afirmaciones. Sin embargo, Lacan mismo aclara años después que "...hablaba desde un punto de vista metodológico." (Eric Laurent).

"Si hay diversidad en los tipos de organizaciones inconscientes, en las relaciones entre éstas y la conciencia, en la estructura de ésta, en las conexiones a doble vía entre ideas y afectos, entre ideas y cuerpo, entre estados afectivos con baja simbolización y los que se despiertan por niveles asociativos y simbólicos sofisticados, entonces surge la pregunta ¿el trabajo analítico consiste sólo en descubrir fantasías inconscientes, en recorrer la geografía de sus temáticas, en interpretar lo reprimido para desreprimir? O, más bien, ¿tal diversidad de la organización inconsciente y su relación con la conciencia y el cuerpo no requiere de intervenciones que sean diversificadas y coherentes con las modificaciones que se espera poder producir en la operatoria del psiquismo en sus múltiples niveles? (Bleichmar H., El cambio terapéutico... Aperturas nro. 9, 2001)

"En psicoanálisis escribimos sobre la acción terapéutica como si en cierto modo la cuestión de lo que es terapéutico y cómo ayudar mejor a nuestros pacientes pudiera ser establecida mediante el argumento lógico y el debate. De hecho, es una cuestión empírica, que no puede ser respondida mediante la lógica y el debate en mayor medida que puede serlo si un tratamiento es más efectivo que otro para la enfermedad cardíaca. No sabemos si una posición técnica funciona mejor que otra, puesto que todo lo que tenemos son afirmaciones opuestas respaldadas por datos encubiertos por la privacidad del consultorio." (G. Gabbard y D. Westen-, Repensando la acción terapéutica).

"En psicoanálisis nunca es obvia la respuesta a cuestiones técnicas. Quizá haya más de un camino bueno, pero sin duda hay muchísimos malos..." (S. Freud. TXII p.87).

En el tratamiento "...hay cuestiones que tienen escaso interés teórico pero la máxima importancia práctica" (S. Freud TXVI pág. 418).