

ENTREVISTA A ANNE ALVAREZ¹

Silvia García de la Vega² y TdP



La doctora Anne Alvarez, PhD y MCP (*Master of Arts in Counseling Psychology*), es psicoterapeuta consultora de niños y adolescentes. Ha sido codirectora de la Unidad de Autismo en el Servicio de Niños y Familias de la clínica Tavistock de Londres, donde ejerce en la actualidad funciones docentes. Es también profesora de la Sociedad Británica de

¹ La entrevista ha sido realizada y traducida del inglés por Silvia García de la Vega, y elaborada por Silvia García de la Vega y TEMAS DE PSICOANÁLISIS.

² Psicoanalista SEP-IPA.

Psicoanálisis y del Centro de Psicoanálisis de San Francisco.

Es la autora de *Una presencia que da vida*, libro de cabecera para todos aquellos psicoanalistas y psicoterapeutas que se dedican al tratamiento de niños y adolescentes con patologías severas, tales como autismo, psicosis o trastornos graves de la personalidad. En reconocimiento a su vasta experiencia en este campo se publicó en 2002 un libro en su honor, *Being alive: Building on the work of Anne Alvarez*, editado por Judith Edwards. Su último libro es *The thinking heart: Three levels of psychoanalytic therapy with disturbed children*, editado por Routledge.

TEMAS DE PSICOANÁLISIS ha querido conocer algo más de las reflexiones y de la trayectoria profesional de la doctora Alvarez, a la que agradece su colaboración para la realización de esta entrevista.

Silvia García de la Vega y TdP.- Usted vive y trabaja en Londres desde hace muchos años, pero nació y creció en Canadá. ¿Hasta qué punto su desarrollo profesional la llevó a emigrar a Inglaterra?

Anne Alvarez.- Yo ya era psicóloga clínica en Canadá, pero a los 24 años vine a Inglaterra a trabajar, simplemente a conocer Europa. Conseguí un puesto en un hospital psiquiátrico trabajando como psicóloga asistente de investigación con Graham Foulds, un destacado psicólogo que desarrollaba un trabajo que contrastara con el enfoque comportamentalista y simplista de Hans Eysenck. Éste pensaba que los pacientes paranoides tenían personalidades extrovertidas y los pacientes depresivos las tenían introvertidas. Foulds, por otro lado, estaba diseñando una escala para diferenciar entre síntomas y personalidad. Me pidió que revisara toda la literatura psiquiátrica sobre este tema y resultó que no había nada sobre la personalidad de los pacientes, solo sobre los síntomas. Un compañero que trabajaba en un hospital cercano al mío, con quien ocasionalmente coincidía en conferencias conjuntas, me sugirió que leyese a Melanie Klein sobre el tema, en concreto esos dos estupendos artículos: *Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-*

depresivos y *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos*. Entonces me cambió la vida, y fui a formarme a la Clínica Tavistock.

S.G.V. y TdP.- Parte de su vida profesional se ha desarrollado en la Clínica Tavistock de Londres, una de las instituciones pioneras en psicoterapia de familia. Allí ha desempeñado usted diferentes funciones asistenciales, docentes y de supervisión. Asimismo, fue codirectora de la Unidad de Autismo en el Servicio de Niños y Familias. Explíquenos cómo fueron los inicios de su trabajo con familias. ¿Se encontró con dificultades o con algún tipo de restricciones?

A. Alvarez.- Yo amaba la Tavistock, era un rayo de luz después de las rigideces y simplicidades de muchas de las personas que trabajaban junto a Graham Foulds en el Hospital Maudsley. Yo solía ir los martes por la tarde a las conferencias que allí daba Arthur Hyatt Williams sobre los asesinos que había tratado psicoanalíticamente. Habló de un hombre que había matado a una señora mayor por seis peniques. Se había sentido muy culpable pero él no lo sabía, hasta que vio una paloma muriendo que le recordó su crimen y su culpa, y se entregó a la policía. Hyatt Williams habló sobre el significado de escindir, y como el hombre al principio no podía sentir culpa por la mujer mayor pero sí la podía sentir por la paloma. Empecé a formarme allí en 1962, me uní al equipo tras cualificarme y después cesé durante los años en los que criaba a mis hijos. Volví a formar parte de la plantilla en los años ochenta y después de aproximadamente un año me pidieron que me uniera a Sue Reid en el taller de autismo, porque nuestros estudiantes nos decían que teníamos mucho en común con el abordaje del tratamiento del autismo. Esta fue, y continúa siendo, una muy fructífera relación.

S.G.V. y TdP.- Hace muchos años que la atención a la familia de los pacientes se contempla de manera generalizada en los tratamientos de niños, adolescentes, pacientes psicóticos o con trastorno límite de la personalidad, etc. Pero, en su opinión, ¿qué lugar ocupa el tratamiento a la familia en su conjunto, la familia como paciente? ¿Cuándo lo

consideraría indicado?

A. Alvarez.- Cuando regresé a la Tavistock, a finales de los ochenta, seguía trabajando con la tradicional técnica psicoanalítica para niños, veía a los padres una vez al realizar la historia, veía al niño una vez en consulta y después trabajaba cinco sesiones semanales. Pero la Tavistock había cambiado y aprendí de Sue y de otros profesionales la importancia de hacer unas sesiones de valoración preliminar de la familia con el propósito de evaluar las interacciones, y entonces, aunque el niño iniciara un tratamiento, pedir a otro colega (hoy en día incluso el propio terapeuta del niño) que viera a los padres una vez por semana o quincena. En algunos casos era necesario continuar el trabajo con la familia en paralelo al tratamiento del niño. Trabajé durante un tiempo con John Byng-Hall, un estupendo terapeuta familiar en la Tavistock, y tengo mucho más respeto por la necesidad de un trabajo familiar en la mayoría de los casos.

S.G.V. y TdP.- La mayor parte de su carrera ha trabajado con pacientes difíciles de abordar. Cuando se lee su trabajo parece que la mayor parte del tiempo tenía la convicción de que eran abordables. ¿Qué cree que le ha inspirado a mantenerse en esa convicción hasta lograr desarrollar y enriquecer la técnica como lo ha hecho?

A. Alvarez.- No soy una persona muy paciente, pero tengo resistencia y determinación, así que normalmente quiero continuar intentándolo. Es más difícil con los pacientes psicopáticos o con aquellos que tienen padres psicopáticos y, en ocasiones, tenemos que admitir una derrota.

S.G.V. y TdP.- ¿Cree que hay pacientes fuera de alcance o que necesitamos descubrir cómo abordarlos?

A. Alvarez.- Creo que tenemos que trabajar duro en encontrar formas de abordarlos. En ocasiones las vías mentales y cerebrales se han solidificado tanto en su desviación y la

parte empática está tan poco desarrollada, que, como he dicho, puede que tengamos que darnos por vencidos, pero tan solo después de haber intentado encontrar realmente la parte accesible de la personalidad, que puede, por supuesto, haber sido proyectada en nosotros.

S.G.V. y TdP.- ¿Cómo valora las aportaciones de H. Rosenfeld, D. Meltzer y B. Joseph en la comprensión y el tratamiento de este tipo de pacientes?

A. Alvarez.- Son magníficos y he aprendido mucho de los tres –puede que más de Betty Joseph—. Los tres entendieron la psicosis, la perversión y la psicopatía, pero Betty era genial en la técnica.

S.G.V. y TdP.- Usted diferencia entre casos de autismo que deben ser entendidos desde los postulados de defensas tipo repliegue o encapsulamiento, de aquellos que tienen una carencia primaria de objeto y de capacidad para buscarlo. En este segundo grupo postula una técnica más activa que despierte progresivamente al paciente de su letargia. Nuestra pregunta es si puede haber también un componente defensivo en la correlación entre carencia congénita–negligencia en la respuesta del objeto estimulada por la carencia congénita–defensa mediante infraexcitación (círculo vicioso en la crianza).

A. Alvarez.- Estoy de acuerdo en que uno se puede colocar en círculos viciosos de forma que no es preciso culpar la deficiencia solo en la base de una negligencia. Un bebé pasivo con una mamá pasiva, que a su vez provoca más pasividad en él es una combinación peligrosa para el desarrollo.

S.G.V. y TdP.- En su trabajo ha propuesto intensidades y niveles como parámetros para discriminar lo patológico de lo evolutivo. Por ejemplo, la necesidad de potencia como un paso en la adquisición de potencia, y diferenciado de la omnipotencia. Ha hablado también de la vergüenza, otro elemento importante sobre el que pensar. ¿Con que

relacionaría la vergüenza?

A. Alvarez.- Creo que necesitamos muchos más estudios sobre la vergüenza. Aparece, o bien cuando el bebé o el niño se siente siempre invisible y comienza a pensarse como invisible, o bien cuando se le rechaza y ridiculiza activamente, o ambas cosas. Esta condición afecta su sentido de ser agente y de ser potente, cuando siente que él y sus respuestas, y sus logros –la primera mirada, la primera sonrisa, el primer paso, etc.– importan. La carencia de este “importar” puede llevar a una depresión crónica, a la desesperanza y, eventualmente, a la apatía.

S.G.V. y TdP.- Ha mencionado como aprendió de Betty Joseph la necesidad del paciente de “usar” al analista como una forma legítima y genuina de comunicación a la que el analista debe atender. ¿Cree que esta es una forma de llegar a ser una compañía viva, compañía que da vida, y que puede prevenir de las llamadas “buenas interpretaciones”, que obviamente no lo son tanto?

A. Alvarez.- Si con esto quiere decir que si creo en su enseñanza de no devolver rápidamente las proyecciones al paciente *borderline* –y en la de John Steiner, cuando se refiere a interpretaciones centradas en el analista *versus* las centradas en el paciente–, la respuesta es sí. Estoy de acuerdo con Joseph en que tales pacientes pueden necesitar ver como el analista es capaz de explorar esas partes ausentes en él, es decir, permite ser visto como cruel o estúpido, por ejemplo. Uno tiene que evitar mantenerse en ello durante demasiado tiempo, por supuesto sin llegar a ser masoquista, hasta que el paciente alcanza a ser lo suficientemente fuerte para que le sea devuelta su proyección.

S.G.V. y TdP.- En diversas ocasiones ha enfatizado los aspectos evolutivos del trabajo psicoterapéutico como una parte necesaria del mismo y como resultado del mismo. Un desarrollo que tan solo ocurre en una esfera mental. ¿Nos podría hablar de su interés en las neurociencias?

A. Alvarez.- He leído sobre ello, pero no soy una experta. Creo que se está desarrollando un trabajo magnífico en ese campo, especialmente en el trabajo sobre el trauma, mostrando que la disociación, por ejemplo, es un proceso realmente potente y con frecuencia completamente automático. Esto nos puede ayudar a entender tanto al paciente como ayudar a su familia a crear una red que entienda sus estallidos.

S.G.V. y TdP.- Usted ha mantenido que debe haber existido contacto con un buen objeto de forma que éste se pueda buscar en el tratamiento. Hace unos meses el Melanie Klein Trust liberó algunos de sus trabajos donde Klein, efectivamente, señalaba esto. ¿Nos puede comentar su impresión al verlo?

A. Alvarez.- Creo que, como dijo Bion, la preconcepción ha de encontrar una realización para formar una concepción y creo que, en pacientes muy carenciales o severamente autistas, puede que tengamos que buscar una preconcepción de buen objeto, aun no un concepto. Pero no estoy de acuerdo con Freud y Bion cuando sostienen que tan solo a través de la frustración nace el pensamiento. Creo que los bebés piensan en objetos presentes buenos, placenteros, porque son interesantes. No se necesita un objeto malo para resultar interesante, los buenos objetos, como las expresiones faciales de la madre o el padre, los ojos y las voces, pueden ser muy interesantes también y llenos de sorpresas.