

UNA ENTREVISTA CON ARNOLD A. LAZARUS

Manuel S. Fernández

Breve introducción biográfica

El Dr. Arnold Lazarus nació en Johannesburgo, Sudáfrica, a finales de Enero de 1932, siendo el más pequeño de cuatro hermanos. Precisamente una de sus hermanas, cuando él tenía 5 años, empezó a darle clases de piano, y dos años después dio un concierto en público. En un principio, no se le daba nada mal, pero a medida que fue creciendo empezó a comprender que no tenía tanto talento para seguir tocando, así que decidió dejarlo. Durante su juventud, trabajó en diversos lugares, vendiendo casas, en unos grandes almacenes y en una farmacia. Pero durante todo este tiempo había una idea que no se iba de su cabeza: «Abrir un gimnasio». Sin embargo, esa idea nunca llegó a llevarla a cabo, entre otras cosas porque su familia le aconsejaba que siguiera estudiando para ir a la Universidad.

Lazarus continuó estudiando, hasta conseguir el doctorado en Psicología, aunque antes ya había obtenido el grado de Master en Psicología y Sociología. A principios de los años sesenta, e invitado por el profesor Albert Bandura, fue a los Estados Unidos, donde decidió quedarse a vivir con su esposa y sus dos hijos. En este nuevo país, Lazarus pasó por diversas universidades, ocupando cargos de gran importancia, hasta que en 1972 se trasladó con su familia a Nueva Jersey donde pasó a ocupar el puesto de Profesor Distinguido en la Universidad de Rutgers, el cual mantiene en la actualidad.

Es uno de los más hombres más influyentes en la Psicología a nivel mundial, debido a las importantes contribuciones que ha realizado a este campo, entre las que se encuentran: la introducción de los términos *terapia de conducta* y *terapeuta de conducta*, el avance de algunas técnicas conductuales como la *desensibilización sistemática*, la consideración de aspectos cognitivos en los trastornos psicológicos, la creación de una nueva terapia conocida como *Terapia Multimodal*, y otras muchas más que iremos mencionando a lo largo de la entrevista.

Crecimiento personal y profesional

Manuel S. Fernández: ¿Cómo empezó su interés por la Psicología?

Arnold A. Lazarus: Siempre he sido una persona curiosa e interesada en conocer el funcionamiento de la mente humana. Ya desde muy joven, me encontraba que

mis amigos me pedían ayuda para resolver sus problemas. Sin embargo, y a pesar de esto, no me inclinaba a estudiar Psicología, debido, por un lado, a que pensaba que para ser psicólogo tenía que pasar por la Escuela de Medicina y, por otro, a que mi gran ilusión era abrir un gimnasio que se convirtiera en un centro de entrenamiento especial. Pero cuando descubrí que podía llegar a ser psicoterapeuta sin pasar por la Escuela de Medicina, abandoné mi sueño del gimnasio, y opté por introducirme en el campo de la Psicología.

MSF: ¿Cuál ha sido su trayectoria hasta alcanzar el estatus profesional que posee en la actualidad?

AAL: Bueno, en cuanto a mi formación teórica se refiere, obtuve la licenciatura en Psicología y Sociología en 1955, en la Universidad de Witwatersrand (Johannesburgo, Sudáfrica) y, posteriormente, el grado de Master en Psicología Experimental en 1957 y el doctorado en Psicología Clínica en 1960.

En lo referente a mi formación práctica, estuve tres meses como interino, durante 1957, en el Hospital Marlborough en St. John's Wood (Londres, Inglaterra). Mi entrenamiento clínico lo completé en el Hospital Tara de Johannesburgo. A principios de los años sesenta, el profesor Albert Bandura leyó un artículo que había escrito sobre mi tesis doctoral y me invitó a disfrutar de un año en la Universidad de Stanford (California, Estados Unidos) como docente. Debido a la situación política que se vivía en Sudáfrica, decidí quedarme en los Estados Unidos con mi mujer Daphne y mis hijos, Linda y Clifford. Más tarde, en 1967, conseguí una plaza como profesor titular en la Escuela Médica de la Universidad de Temple (Filadelfia). Posteriormente, y durante un año, fui director de la formación clínica en la Universidad de Yale y, en la actualidad, poseo el rango de Profesor Distinguido en Rutgers, la universidad del Estado de Nueva Jersey.

MSF: Permítanos un pequeño inciso sobre su familia, ¿colocaría su trabajo por delante de sus relaciones familiares?

AAL: Decididamente no. A diferencia de otros muchos colegas, yo trabajo para vivir, y no vivo para trabajar. Si hiciera una lista de valores, sin ninguna duda colocaría en primer lugar a mi mujer y a mis hijos, en un segundo término estarían las relaciones con otros familiares y amigos cercanos y, por último, situaría mi trabajo.

MSF: Volvamos a su formación como psicólogo, ¿por cuántas orientaciones ha pasado antes de defender el eclecticismo técnico?

AAL: De forma inicial, fui entrenado bajo las escuelas rogerianas y psicodinámicas. Sin embargo, poco a poco, pude comprobar que los resultados obtenidos con ambos tipos de aproximaciones no eran todo lo bueno que cabía esperar. Esto me hizo reflexionar sobre si todos los pacientes requerían el mismo tipo de terapia para sus problemas, y llegué a la conclusión de que cada uno debía recibir aquella terapia que mejor le fuera a él y a su trastorno, así que decidí abandonar tanto la terapia de Rogers como la terapia psicoanalítica. No obstante, y a pesar de abandonar ambos enfoques, en muchos de mis escritos puede observarse como mi formación ha estado fuertemente influida por la teoría adleriana, que era la que primaba en el hospital de Londres donde estuve haciendo parte de mi interinidad.

Más tarde, a mediados de los años cincuenta, comencé a interesarme por el trabajo que algunos estaban haciendo en la Universidad y que eran conocidos como

«terapeutas del condicionamiento». Su trabajo era para mí fascinante, aunque rompían con todas las reglas que mis profesores me habían enseñado: mantener la distancia, no intervenir activamente y no ser directivo. En este momento me encontraba en medio de un cruce, donde por un lado estaban aquellos que defendían una nueva forma de terapia, más científica, con resultados más satisfactorios y en menor tiempo, y por otro lado se encontraban los dinámicos, quienes sostenían que las ganancias que los pacientes conseguían con la terapia del condicionamiento eran breves y que podían provocar consecuencias negativas a largo plazo, es decir, lo que ellos llamaban «sustitución del síntoma».

Finalmente me decidí a colaborar con los seguidores de esta nueva escuela, a los que más tarde yo les bautizaría allá por 1958 con el nombre de «terapeutas de conducta». Nuestras reuniones eran clandestinas, de ninguna manera mis formadores en psicoterapia podían saber que estaba colaborando con los que ellos consideraban como gente peligrosa, irresponsable y pobremente entrenada. De esta manera, contacté con el que luego sería el director de mi tesis doctoral: Joseph Wolpe.

MSF: ¿Qué le llevó a abandonar definitivamente la escuela psicodinámica?

AAL: Lo que motivó tal decisión fue el análisis que hice tanto de los argumentos que los psicodinámicos daban en contra de los terapeutas de conducta, como de las razones que usaban para defender su teoría. Respecto a los primeros, observé que solían usar analogías médicas para explicar lo que los conductistas hacían. Para ellos era como si un médico usase morfina con un paciente aquejado de dolor de estómago y con ello le provocase una peritonitis, causándole la muerte. Después de participar en la aplicación de algunas de estas nuevas técnicas, comprobé que lo que argumentaban mis profesores no era cierto, ya que los resultados que obteníamos eran realmente buenos y, lo mejor de todo, persistentes en el tiempo. Sin embargo, no me conformé sólo con esto, sino que busqué cuáles eran los pilares sobre los que se apoyaba la aproximación psicodinámica. Pero mis preguntas no tuvieron respuestas, mis formadores las evadían. Esto me hacía recordar cuando en mi adolescencia recibía clases de Religión y mis dudas no eran resueltas. Así pude llegar a la conclusión que mis profesores no usaban el método científico en psicoterapia, lo cual provocó en mí tal desengaño que hizo que rompiera mi relación con ellos.

MSF: Aunque en un principio se inclinó claramente por los métodos de la terapia de conducta, ¿cuál fue la causa que le hizo buscar otra forma de terapia?

AAL: Después de estar durante unos años bajo la supervisión del Dr. Wolpe, observé que los procedimientos conductistas que estábamos usando eran demasiado restringidos, y que tanto las técnicas como las teorías que proponíamos podían expandirse aún más, sin que eso significase salirnos del marco de la terapia de conducta.

MSF: ¿Fue esta nueva idea la que provocó su ruptura con Wolpe?

AAL: Prácticamente puedo decir que sí. Entre ambos existían una serie de discrepancias sobre determinados aspectos clínicos que eran insalvables, aunque no pienso que este sea el momento apropiado para hablar sobre ellos.

MSF: Durante más de 10 años, Wolpe había significado una guía a seguir, ¿cómo le afectó la ruptura de su relación con él?

AAL: Es cierto que durante algunos años aprendí cosas sobre la práctica clínica junto a él. Sin embargo, después de que él considerase mi idea de progresar en la Terapia de Conducta como antiética, me di cuenta que era el momento de empezar a luchar por lo que pensaba podía ser el futuro de la Psicología. Así en 1971 se publicó mi libro «Más allá de la Terapia de Conducta» (Behavior Therapy and Beyond), considerado uno de los primeros libros sobre terapia cognitivo-conductual, por el énfasis en el papel de la cognición unido al de la conducta. La publicación de este libro casi provoca mi salida del campo de la Terapia de Conducta, pero, paradójicamente, por aquella época fui nombrado Presidente de la Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta, a pesar de no contar con el apoyo de determinados autores relevantes.

Terapia Multimodal: una nueva forma de hacer terapia

MSF: ¿Qué significó la publicación de este libro?

AAL: Supuso la primera piedra de lo que hoy se conoce como Terapia Multimodal (Multimodal Therapy). Con este libro no intentaba abandonar el campo de la Terapia de Conducta, pues básicamente me basaba en él. Lo que quería era llamar la atención de mis colegas sobre ideas que, para mí, eran fundamentales para conseguir un mayor éxito terapéutico: de un lado, el concepto de *individualidad*, es decir, considerar a cada persona como única, algo que implicaba aplicar tratamientos diferentes para cada una; y por otro, muy relacionado con lo anterior, el concepto de *eclecticismo técnico*, que hacía referencia a la posibilidad de experimentar con nuevas técnicas de reconocida eficacia, con independencia de las teorías que las sustentasen, ya que lo verdaderamente importante no era defender las teorías, sino aprovechar al máximo todas las técnicas existentes en beneficio de los pacientes. En realidad, y teniendo en cuenta el primero de los conceptos, este segundo concepto no debía ser una posibilidad, sino más bien una necesidad, puesto que la Terapia de Conducta no nos proporcionaba tanta variedad de técnicas como para poder realizar los tratamientos con unas mínimas garantías a pacientes tan diferentes.

MSF: Si tuviera que elegir un año donde situar el nacimiento de la Terapia Multimodal, ¿cuál sería?

AAL: Sin lugar a dudas 1976 es el que puede considerarse como el año en el que la Terapia Multimodal vio la luz. Por este tiempo fue publicado mi libro «Terapia de Conducta Multimodal» (Multimodal Behavior Therapy), que incluía diversas técnicas cuya efectividad estaba bien demostrada. Sin embargo, no me sentía cómodo con este título, pues con ello estaba olvidando las otras Modalidades que, en mi opinión, componen la personalidad humana. Así que decidí cambiar el nombre de la terapia, pasando a llamarse Terapia Multimodal.

MSF: Centrémonos ahora en lo más relevante de la Terapia Multimodal. ¿Cuál considera que es la característica que más representa el sentido de esta terapia?

AAL: Antes que nada, y en relación a mi anterior respuesta, me gustaría decir que algunos de mis críticos sostienen que el nombre de Terapia Multimodal no es el adecuado. Quizá otra forma de llamarla sería «Evaluación Multimodal», aunque con

esta otra denominación, estaríamos considerando sólo es concepto de *individualidad*, y no el de *eclecticismo técnico*, ya que no se tendrían en cuenta las nuevas técnicas de tratamiento que, creadas en diferentes escuelas, introduzco en esta nueva forma de terapia.

Volviendo a su pregunta, le diré que existen diversas características que hacen que esta terapia sea diferente, pero hay una en especial que puede considerarse el pilar básico para todos los terapeutas multimodales. Me refiero al acrónimo B.A.S.I.C. Co.S. (B.A.S.I.C. I.D.). Este parte de la idea de que la personalidad de cualquier ser humano está formada por 7 modalidades, que son Afectos, Sensaciones, Imágenes, Cogniciones, Conductas, Relaciones Sociales y Funciones Biológicas, que es la modalidad donde se apoyan todas las demás. Usar la Terapia Multimodal significa evaluar y tratar todas estas modalidades y sus interacciones, aunque a veces no es necesario tratarlas todas porque las ganancias conseguidas en algunas de ellas pueden influir en las demás. De esta manera se consigue adaptar el tratamiento al cliente y no, como hacen muchos otros terapeutas, satisfacer las necesidades del cliente adaptándolo a un modelo rígido e inflexible de intervención. Para conocer cada una de estas modalidades, los terapeutas multimodales usamos el *Cuestionario Multimodal sobre la Historia de Vida*, que el cliente completa en la propia consulta o en su casa.

MSF: Algunos autores han comentado que tal vez sería necesario la inclusión de una nueva modalidad, ¿qué opina al respecto?

AAL: Estoy de acuerdo en que además de estas modalidades mencionadas existen otros factores que pueden influir sobre la personalidad, como son los económicos, políticos y culturales. No obstante, ninguno de ellos podrían ser incluidos dentro del carácter de cada persona. A veces, he oído que «lo espiritual» debería ser incluido como una nueva modalidad. Creo que hacer eso sería un gran error, ya que la espiritualidad es una mezcla de afecto, pensamiento e imaginación.

MSF: ¿Considera que algún área es más importante que las demás?

AAL: Para contestar a eso le diré que en psicoterapia tenemos una máxima: los cambios cognitivos no siempre conllevan cambios conductuales, pero si se consigue que el paciente cambie su forma de actuar, muy posiblemente cambie también su pensamiento. Por ello, si tuviera que elegir alguna modalidad por encima de las demás esta sería la *Conducta*.

MSF: ¿Cuáles son los otros aspectos que caracterizan a la Terapia Multimodal

AAL: Existen otros tres conceptos que son inseparables del BASIC CoS, me refiero al *Perfil de Modalidades* (Modality Profile), al *Perfil Estructural* (Structural Profile) y al *Orden de Disparo* (Firing Order). El Perfil de Modalidades consiste en hacer un análisis detallado de cada una de las áreas y de sus interacciones. Se crea a partir de los datos obtenidos en la entrevista con el cliente y del Cuestionario de Historia de Vida. En ocasiones, el mismo cliente realiza su propio Perfil Modal para poder compararlo luego con el que ha realizado el terapeuta.

Me gustaría hacer un pequeño paréntesis para hablar brevemente sobre un proceso de gran valor para la creación de este perfil. Se trata de el *Puenteo*, que se usa cuando, al principio de la entrevista, el cliente se expresa preferentemente en una o varias modalidades. Entonces, para impedir un posible choque con él, es necesario

sintonizar en su misma modalidad, para después ir cambiando a aquellas en las que creamos poder obtener más datos. Pero antes incluso de realizar el Perfil Modal, el terapeuta delinea lo que se llama un Perfil Estructural, con el cual podrá conocer qué modalidad prefiere el cliente. Esto es muy importante tanto para el momento de obtener información como para elegir y aplicar las técnicas más adecuadas. Para elegir una técnica determinada es necesario no sólo saber en qué área aparece el trastorno sobre el que se va a aplicar, sino también conocer qué tipo de modalidad prefiere el cliente. Hacer una mala elección en este sentido sería como aplicar los tratamientos más efectivos contra la ceguera a una persona que sólo presenta problemas auditivos y que, además, disfruta de muy buena vista.

Por último voy a referirme al Orden de Disparo, que se basa en la idea de que cualquier tipo de trastorno tiene más de una causa. El proceso que se usa para encontrar la secuencia de cada problema se conoce como *Rastreo*, el cual consiste en buscar el papel que cada modalidad juega en los problemas que presenta el paciente. Esto es también de tremenda importancia para hacer una buena elección de las técnicas, puesto que, por ejemplo, no es lo mismo que un ataque de pánico sea causado inicialmente por un pensamiento irracional, por una sensación de mareo o por una imagen negativa.

MSF: ¿Podría hablarnos sobre la eficacia de la Terapia Multimodal?

AAL: De acuerdo. Después de diferentes estudios, algunos realizados por mí y otros por el Dr. Kwee en Holanda, llegamos a obtener una eficacia aplicando la Terapia Multimodal con diferentes pacientes del 75%, cifra que supera a la que se consigue con el uso de otras formas de terapias.

MSF: Bien ese es el número, pero díganos ¿cómo se llega hasta él?

AAL: Para ello tuvimos que hacer una definición del término «eficacia». Consideramos que una terapia es eficaz cuando cumple varios criterios, que para nosotros son: desaparición de los síntomas de los que se quejan los clientes, obtención de ganancias en áreas como el placer, el amor y el trabajo, y, por último, logro de habilidades para poder resistir las posibles frustraciones del día a día. Me gustaría añadir que de ninguna manera buscamos solucionar todos los problemas que el cliente presenta en cada área, eso sería una misión imposible, puesto que el ser humano es falible por naturaleza.

Comparando la Terapia Multimodal

MSF: Una vez que conocemos algo más sobre la Terapia Multimodal, tal vez sea el momento de saber qué opinión le merecen las demás corrientes.

AAL: Es interesante que me proponga ésto, puesto que, al pasar por diversas escuelas antes de crear la Terapia Multimodal, tengo opiniones bien fundadas sobre las aproximaciones psicoterapéuticas más usadas.

Podría comenzar por el Psicoanálisis, a partir del cual se han derivado otras escuelas y que es considerado como el origen de la Psicología. La pregunta que siempre viene a mi mente al hablar de psicoanálisis es ¿qué evidencias científicas existen para considerarla como el mejor tratamiento a aplicar a un determinado problema?

Creo que este ha sido el talón de Aquiles de esta escuela. Hoy día conozco a varios psicoanalistas que han considerado el uso de otras técnicas, derivadas incluso de la terapia cognitivo-conductual, para tratar diversos problemas. Realmente hay pocos terapeutas que sigan practicando el psicoanálisis ortodoxo.

MSF: ¿Qué nos puede decir de la terapia de Adler?

AAL: Cualquiera que lea mis escritos y los compare con los de Adler podrá comprobar que hay mucha influencia suya en mi pensamiento. En concreto, algunos rasgos característicos de la Terapia Multimodal como la *conciencia social*, la *educación holística*, el *respeto por las personas* y las *intervenciones activas* son claramente derivadas de la terapia adleriana.

MSF: ¿Considera a la terapia humanista de Rogers una terapia efectiva?

AAL: Sinceramente no. Pienso que la terapia centrada en el cliente de Rogers crea un buen clima para poder ayudar al paciente, pero no deja de ser sólo un buen punto de partida. Para mí es insuficiente mostrarse empático y comprensivo para llegar a resolver los problemas. Sería como hacer un buen examen con buena letra y sin tachones, pero no respondiendo a las preguntas del profesor.

MSF: Hablemos ahora sobre las corrientes terapéuticas con las que ha estado más estrechamente relacionado, la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual, ¿qué podría contarnos sobre ellas?

AAL: Bueno, es cierto que han sido las dos aproximaciones con las que más relación he tenido, aunque actualmente hay algunas características que me hacen diferente a la mayoría de los terapeutas que se mueven en estas escuelas: soy más flexible y más técnicamente ecléctico. A pesar de esto, aún me siento muy identificado con la terapia cognitivo-conductual, pues es la que más anima a los clientes para que piensen y actúen de forma diferente, ingredientes imprescindibles para que tenga lugar el «cambio».

MSF: Que duda cabe que dos de las aproximaciones más destacadas dentro de la tradición cognitivo-conductual son la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck, ¿con cuál se identifica más?

AAL: Resulta muy complicado para mí responder a esto, ya que son teóricamente buenas. La opinión que tengo de ellas es que se centran demasiado en el área cognitiva, olvidando un poco el resto de las áreas que componen la personalidad humana. Aunque tanto Ellis como Beck intentan persuadirme de lo contrario, realmente creo que su inclinación por permanecer en lo cognitivo rompe con el principio de «individualidad», es decir, no consideran el tipo de cliente que tienen delante. En mi opinión usan en exceso «la lente cognitiva».

Entrenando a terapeutas noveles

MSF: Por su gran experiencia y destacados éxitos, seguramente será un modelo a seguir por muchos jóvenes terapeutas que empiezan, ¿qué cualidades intenta transmitir a los que entrena para que lleguen a ser buenos terapeutas multimodales?

AAL: La palabra clave es *flexibilidad*. Para ser un buen terapeuta multimodal es necesario pensar y actuar de forma flexible, lo cual nos permitirá tener una gran

variedad de técnicas a nuestra disposición. De esta manera cuanto mayor sea el número de técnicas eficaces que conozcamos, mayores posibilidades de éxito terapéutico tendremos. Respondiendo literalmente a su pregunta, diría que las cualidades que todo terapeuta debería tener serían *empatía, respeto, calidez, concreción y originalidad*. Estas condiciones son difíciles de entrenar, por lo que si no se poseen en algún grado al comienzo de la formación práctica, difícilmente se conseguirán al final de la misma, a pesar de contar con unas excelentes calificaciones académicas. En Rutgers seleccionamos a los estudiantes de doctorado analizando qué tipo de cualidades poseen. Aunque eso no quita que en algunas ocasiones nos hayamos equivocado al elegir a estudiantes que realmente no estaban interesados en la Psicología Clínica o que como personas no tenían las características necesarias para llegar a ser buenos terapeutas.

MSF: ¿Cree que es imprescindible que cada terapeuta pase antes por su propia terapia?

AAL: En absoluto, ¿acaso un cirujano debe pasar necesariamente por un quirófano como enfermo antes de realizar su primera intervención quirúrgica? Diferente sería que el terapeuta tuviera algún tipo de problema, entonces sí que sería una condición indispensable que fuera a terapia para que su efectividad como clínico no se vea comprometida.

MSF: ¿Puede influir el entorno en el que ha vivido el terapeuta?

AAL: Estoy seguro que sí. Un terapeuta que haya tenido una infancia y una juventud sin problemas, durante las que haya sufrido poco daño, le será más difícil mostrarse empático con sus pacientes que otro que haya padecido mucho dolor y que no encontró soluciones para poder seguir adelante. Por supuesto que ésto no es una regla fija, hay veces en las que precisamente se da el efecto contrario. Una cosa sí es segura, «es importante saber quién y qué está ahí fuera», no podemos tratar a nadie desde una burbuja de cristal.

MSF: ¿Se puede hablar de edades idóneas para empezar la formación en Terapia Multimodal?

AAL: Considero que cualquier persona que venga para ser formada como terapeuta multimodal debe tener una experiencia de vida lo suficientemente rica para que sepa qué se pueda encontrar cuando termine su formación. Los 25 creo que es una buena edad para empezar los estudios de doctorado y los 30 es el momento en el que la persona está preparada para trabajar como psicoterapeuta. En cuanto a un límite máximo, pienso que no existe una edad determinada a partir de la cual no se acepte a alguien, entiendo que eso depende de características individuales.

MSF: ¿Qué consejos le daría a los que empiezan?

AAL: Todos, noveles y experimentados, tendríamos que considerar dos aspectos: la humildad y la cooperación. Los resultados de la literatura sugieren que hay ocasiones en las que los problemas de determinadas personas remiten sin la asistencia a una terapia. Sin embargo, algunos terapeutas creen que siempre son la causa de esa remisión, sin tener en cuenta otros factores que hayan podido influir y que, tal vez, sean los verdaderos responsables del alivio que esas personas han experimentado.

La cooperación es la otra actitud a no olvidar. Para mí es muy enriquecedor comentar con otros colegas algunos de mis casos para conocer su opinión. Debemos tener una mente abierta y ser receptivos con las ideas de los demás, y así poder aumentar nuestro conocimiento.

Práctica diaria

MSF: Hablemos de su práctica clínica, ¿qué tipo de dificultades ha encontrado?

AAL: Muchos de los obstáculos con los que me he encontrado han sido debidos a la falta de un repertorio de evaluación que penetre realmente en los problemas de los clientes. Estoy seguro que una buena evaluación supone tener unas posibilidades muy altas de logro terapéutico. Una de esas trabas ha sido, igual que para la mayoría de mis colegas, la colaboración del cliente. Esta es primordial para que la terapia sea eficaz. Tal vez, en algunas ocasiones no se da esta cooperación porque el lugar donde se desarrollan las sesiones clínicas no tienen las mismas características que el ambiente que rodea al cliente. Una posible solución para esto puede ser realizar algunas de las sesiones fuera de la consulta, de manera que el cliente se sienta en su ambiente natural y tenga más confianza con el terapeuta.

MSF: ¿Con qué tipo de clientes prefiere trabajar?

AAL: Con toda sinceridad he de decir que mi experiencia con personas con trastornos muy serios es bastante corta. Los mejores resultados los he obtenido con pacientes que presentaban trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (fobias, obsesivos-compulsivos, ataques de pánico y depresiones) y con aquellos que presentaban conflictos matrimoniales y/o sexuales. Sin embargo, algunos de los alumnos que he entrenado son destacados psicólogos especializados en psicopatologías de las consideradas severas (esquizofrenias, trastornos de personalidad, psicopatías y abusos de sustancias).

MSF: ¿Podríamos decir que esas son sus limitaciones como terapeuta?

AAL: No sé si en realidad podría llamarlas así, puesto que nunca he estado motivado para trabajar con este grupo de la población. Para tratar a estas personas es necesario un entrenamiento muy especial, y, sin embargo, mi formación ha ido encaminada hacia otro lugar. A pesar de esto, más de una vez han llegado algunos clientes a mi consulta a los que he diagnosticado con una patología seria. Cuando ocurre esto, los derivo inmediatamente a otros compañeros que tienen más dominio en este campo.

MSF: ¿Qué criterio tiene para decidir cuándo va a tratar a alguien y cuándo no?

AAL: Al hacer la evaluación, valoro la severidad del problema y si el cliente va a colaborar en la terapia. No me gusta tratar a clientes con los que sé que no voy a poder establecer un buen rapport. Tampoco es de mi agrado tratar a los que presentan trastornos serios.

MSF: Para muchos psicoterapeutas el hacer terapia con familiares o amigos cercanos es un asunto que les preocupa por el tipo de consecuencias que les puede conllevar en su vida no laboral, ¿qué ocurre en su caso?

AAL: Respecto a esto, distingo entre psicoterapia con familiares y amigos próxi-

mos y sentarme a charlar con ellos sobre alguna cuestión que les preocupe o moleste. He hecho ambas cosas, pero siempre teniendo en cuenta una regla de oro: «no poner en peligro nuestros lazos familiares o de amistad». Por supuesto, también me abstendría de tratar a alguien cercano a mí con una patología grave.

MSF: ¿De qué manera selecciona las técnicas que va a usar en el tratamiento?

AAL: Nunca olvido que lo que importa es el cliente, no la teoría. Con esto quiero decir que cuando llega el momento de elegir una o varias técnicas no debemos pasar por alto jamás las características idiosincráticas de cada paciente. Partiendo de aquí, y siguiendo el BASIC CoS, uno puede ir a su cajón de técnicas y tomar aquellas que crea más apropiadas para el problema y la persona en cuestión. Sin embargo, hay veces en las que, a pesar de parecer que hemos elegido las técnicas adecuadas, no obtenemos los resultados apetecidos. Es cuando entra aquí otra parte de la psicoterapia: el arte. Yo creo que toda psicoterapia tiene una parte de ciencia y otra de arte. Este último elemento suele usarse cuando se necesita motivar al cliente de forma especial para que siga sacando provecho de las sesiones, aunque normalmente ya vienen dispuestos a colaborar.

MSF: Tras tantos años de intenso trabajo, ¿cómo lleva el problema del burnout?

AAL: Es cierto que llevo mucho tiempo dedicándome a la enseñanza y a la práctica clínica, pero también es cierto que el no ver a demasiados clientes, el reconocer mis propias limitaciones y el solicitar ayuda a mis colegas, han hecho posible que este problema, tan común entre los profesionales que trabajamos con y para personas, no me afecte de manera desmesurada.

La Psicoterapia: ayer, hoy y mañana

MSF: El sistema de clasificación diagnóstica DSM ha ido evolucionando desde su creación, ahora nos encontramos con una edición revisada, el DSM-IV, ¿qué utilidad le ve a esta clasificación?

AAL: En general, creo que conocer el diagnóstico de alguien mediante una etiqueta puede ser de ayuda para hacernos una idea de por qué está sufriendo. Sin embargo, considero que un BASIC CoS daría más información de las causas de su sufrimiento, lo que permitiría hacer un plan de tratamiento más completo. Por supuesto que el uso de la DSM también facilita una mejor comunicación entre los clínicos, pero en mi opinión, sólo de una forma superficial. En definitiva, las etiquetas diagnósticas pueden suponer un primer paso en la evaluación, pero en ningún caso son suficientes para diseñar un programa de tratamiento.

MSF: Todos los profesionales de la Psicología y las instituciones de mayor peso específico en esta área han reconocido que es un hombre que ha aportado mucho a la Psicoterapia, pero ¿cuál cree que ha sido su aportación?

AAL: Esta pregunta es muy difícil de responder, pues no creo que sea el más indicado para decirlo. Si es que he hecho alguna contribución, pienso que el ampliar el número de técnicas a usar en terapia es lo más destacado, ya que eso contribuye a que nuestros clientes puedan tener más esperanzas de solucionar sus dificultades.

Me siento especialmente contento cuando recibo llamadas y cartas de personas que me dicen que lo que he escrito les ha servido tanto personal como profesionalmente.

MSF: ¿Con qué logros profesionales está Arnold Lazarus más satisfecho?

AAL: Como ya le comenté al principio de esta entrevista, desde que era muy joven siempre he intentado ayudar a mis amigos a resolver sus problemas. Por tanto, las mayores alegrías profesionales han venido cuando he colaborado con alguien para que sustituyera sus miedos por calma y felicidad. A nivel académico, es para mí un gran honor haber pertenecido a universidades tan prestigiosas como Stanford y Yale, y, sobre todo, haber sido elegido Profesor Distinguido en Rutgers. Tampoco olvido los galardones que me han concedido diversas organizaciones como el Consejo Americano de Psicología y la División de Psicoterapia de la APA.

MSF: Por último, ¿cómo ve el futuro de la Psicoterapia?

AAL: Creo que se fomentará la investigación interdisciplinar, lo que dará mayor flexibilidad a este campo. También pienso que cada vez más clínicos verán la importancia de desarrollar la parte científica de la Psicoterapia, algo que favorecerá la consolidación del eclecticismo técnico y que aumentará nuestra eficacia, al no considerarla sólo como un arte. Debemos seguir siendo receptivos y críticos con todo lo que nos llegue, y no olvidar que sin investigación no hay progreso, y que sin progreso la Psicología como ciencia no habría existido.

MSF: Muchas gracias Dr. Lazarus por su amabilidad, y esperamos verle muy pronto por España.

AAL: Ha sido un placer.