

## **Terapia multimodală**

*Georgiana Moise*

Psihoterapia multimodală a fost întemeiată de Arnold Lazarus și este o abordare terapeutică integrativă, orientată spre acțiune, care se adresează și altor dimensiuni ale funcționării psihosociale, în afară de acțiune și gândire.

Arnold Allan Lazarus a studiat inițial psihoterapia comportamentală, apoi cognitivă, pentru ca mai târziu să dezvolte psihoterapia multimodală. În 1972, examinând rezultatele pe termen lung la pacienții tratați prin psihoterapie cognitiv- comportamentală a observat că rata recăderilor este mare pentru pacienții cu anxietate, atacuri de panică, probleme obsesiv-compulsive, depresie și disfuncție de cuplu. Astfel a ajuns la realizarea unei noi abordări, psihoterapia multimodală, ajustată necesităților specifice clientului respectiv. În 1976 a fondat institutul de terapie multimodală în SUA.

Mai puțin supusă atenției în câmpul psihoterapiei actuale românești, terapia multimodală (A. A. Lazarus, 1989) reprezintă un demers eclectic în care personalitatea umană este abordată în termenii a șapte modalități interactive: comportament (B-”behavior”), afectivitate (A -„affect”), senzații (S-”sensations”), imagerie (I -”images”), cogniții (C-”cognitions”), relații interpersonale (I-”interpersonal relationships”) și funcționare biologică (D-”drugs ,alcohol ,nutrition ,exercise”), fiind simbolizate prin literele BASIC I.D. (Lazarus, 1989).

Cadrul teoretic al terapiei multimodale provine din principiile teoriei învățării sociale, teoria sistemelor generale și teoria comunicării. Adoptând modelul teoretic al tulburărilor comportamentale, practicienii multimodali au o concepție pluralistă cu privire la etiologia și tratamentul tulburărilor nevrotice. În această perspectivă se consideră că, în mod obișnuit, pacientul este afectat de o multitudine de probleme specifice care pot fi abordate printr-o multitudine de strategii specifice. În final, cu cât un pacient învață mai mult din psihoterapie, cu atât există o probabilitate mai mică a apariției recăderilor.

După A. A. Lazarus (1987) “poziția mulimodală afirmă că un tratament cuprinzător necesită o corecție a comportamentelor dezadaptative, a sentimentelor neplăcute, a senzațiilor neplăcute, a imaginilor intruzive, a credințelor iraționale, a relațiilor interpersonale tensionate

și a posibilului dezechilibru biochimic”. În măsura în care problemele interactive manifestate pe aceste paliere sunt sistematic explorate, procesul de diagnosticare poate fi socotit complet. De asemenea, în măsura în care intervențiile terapeutice remediază pattern-urile dezadaptative și deficiente prezente, rezultatele tratamentului vor fi mai benefice și de durată mai lungă.

Terapia multimodală necesită o „croire” precisă a climatului terapeutic care să se muleze pe nevoile și așteptările pacientului. Termenul de „terapie făcută la comandă” („bespoke therapy”), descrie sugestiv terapia multimodală (B. Zilbergeld, 1982, Dumitriu, 2008). Forma, cadența și stilul psihoterapiei sunt adaptate necesităților fiecărui pacient în parte. Întrebarea de bază a terapeutului multimodal este de genul: “Cine sau ce se potrivește cel mai bine acestui individ, cuplu, familie sau grup?”

De altfel, autorul acestei terapii introduce noțiunea de eclecticism tehnic, referindu-se la faptul că terapeutul trebuie să determine exact ce tip de relație și ce strategii terapeutice sunt cele mai potrivite în cazul fiecărui pacient în parte și în ce condiții. A. A. Lazarus (1987) consideră că este „contraproductiv cu unii pacienți să oferi mai mult decât o ureche înțelegătoare. Cu alții, chiar dacă terapia este foarte bine structurată, activă și directivă, nu vor apare progrese semnificative”. Prin urmare, terapeutul multimodal trebuie să-și ajusteze în permanență strategiile pentru a schimba cursul terapiei. De pildă, pot apare situații în care ar trebui mai degrabă tratat sistemul familial decât individul sau invers. Întrebarea este cum să potrivești sau să ajustezi tratamentul la pacient și nu invers.

Interviul individual din cadrul psihoterapiei multimodale are drept scop identificarea problemei pacientului și se bazează pe un set de 12 întrebări. Aceste întrebări vizează următoarele aspecte (Lazarus, 1989):

Dacă pacientul manifestă semne de psihoză (iluzii, halucinații, tulburări de gândire, comportamente inadecvate și/ sau bizare, incongruență afectivă);

Dacă sunt semne de patologie organică sau de perturbare a activității motorii (postură rigidă, ticuri, manierisme);

Dacă există semne de depresie, gânduri suicidare;

Evidențierea plângerilor actuale ale pacientului și monitorizarea evenimentelor principale care le-au precipitat;

Care sunt factorii antecedenti importanți;

Cine sau ce factori par să mențină închisă sau deschisă problema pacientului;

Ce își dorește pacientul să obțină în urma psihoterapiei;

Care sunt indicațiile și contraindicațiile în vederea adoptării unui anumit stil terapeutic (dacă este preferabilă o abordare directivă sau nondirectivă);

Cum poate fi abordat pacientul pentru a i se susține cel mai bine interesele: ca persoană individuală, ca parte dintr-o diadă, triadă, familie și/ sau grup;

Dacă pacientul poate stabili o relație mutuală satisfăcătoare cu terapeutul sau dacă ar trebui să se adreseze în altă parte;

Care sunt motivele care l-au determinat pe pacient să caute sprijin psihologic în acel moment - de ce nu mai devreme sau mai târziu;

Care sunt aspectele pozitive, punctele tari ale pacientului.

Din punctul de vedere al terapiei multimodale, construirea relației terapeutice devine o parte integrantă în procesul de identificare a problemei pacientului. Cu alte cuvinte, în timp ce sunt strânse informații cu privire la factorii antecedenti, dificultățile actuale cu care se confruntă, variabilele care mențin problema și în timp ce sunt căutate tehnicile cele mai adecvate care urmează să fie puse în acțiune, „terapeutul dovedește empatie, înțelegere, acceptare și bunăvoință față de pacient. Pentru o mică parte a pacienților, terapia de relație este atât necesară, cât și suficientă pentru a se înregistra un progres în terapie. Pentru majoritatea însă, contextul pe care-l oferă raportul pacient-terapeut reprezintă acel sol în care tehnicile terapeutice prind rădăcini” (A. A. Lazarus și A. Fay, 1984, apud Dumitriu, 2008).

### **Tehnica conectării („bridging”)**

În mod tipic, ședințele de terapie multimodală încep cu întrebarea: “Ce s-a întâmplat în această săptămână?” Dacă s-au trasat anumite sarcini pentru acasă, ședința se va deschide prin punctarea acestor sarcini.

Lazarus obișnuiește să ia notițe în timpul ședințelor, pentru a reține aspectele care trebuie trecute în revistă sau a clarifica unele puncte mai puțin clare. Anumiți pacienți vin la un moment dat cu probleme presante care necesită o relativă modificare a planului de tratament. De asemenea, sunt unii pacienți reticenți care trebuie îndemnați să aducă în discuție problemele adiționale care apar (Lazarus, 1989).

Lazarus consideră un nonsens faptul că orice alege pacientul să spună în terapie este important (din punct de vedere terapeutic). Unii dintre pacienți pot insista pe aspecte irelevante și neînsemnate, evitând în acest mod problemele reale cu care se confruntă. Există mai multe moduri prin care terapeutul poate schimba direcția discuției. Terapeutul trebuie să dea dovadă de vigilență pentru ca psihoterapia să rămână orientată pe scopul propus. Lazarus utilizează adeseori tehnica “bridging” (conectarea) care se dovedește eficientă în numeroase situații apărute în derularea terapiei. În fapt, “bridging”-ul se referă la o strategie prin

intermediul căreia terapeutul se situează în mod deliberat pe modalitatea preferată de pacient (B, A, S, I, C, I, D), după care se va îndrepta spre celelalte modalități care par a fi mult mai productive din punct de vedere terapeutic.

### **Prescrierea sarcinilor pentru acasă**

Esența unei terapii eficiente constă în capacitatea terapeutului de a-l determina pe pacient să se angajeze în activități noi și diferite, îndeosebi între sesiunile de psihoterapie. Măsura în care pacientul se angajează în aceste activități, stabilește diferența dintre succes și eșec în terapie. A. A. Lazarus (1987, p. 303) afirmă că “fără sarcini specifice pentru acasă (activități in vivo) este puțin probabil să se producă modificări semnificative în tulburările fobice, obsesivo-compulsive sau în disfuncțiile sexuale” (apud G. T. Wilson, C. M. Franks, K. D. Brownell și P. C. Kendall, 1984). Din perspectiva psihoterapiei multimodale, psihoterapeutul trebuie să țină cont de următoarele cerințe în prescrierea sarcinilor pentru acasă:

Fii explicit și extrem de clar cu privire la sarcinile terapeutice pe care vrei să le îndeplinească pacientul;

Specifică frecvența exactă, timpul de desfășurare și durata fiecărei sarcini;

Stabilește cât de pertinentă și relevantă este sarcina terapeutică pentru pacient;

Stabilește dacă sarcina respectivă nu este considerată de pacient ca fiind prea mare consumatoare de timp;

Asigură-te că sarcina cerută nu constituie o sursă de amenințare pentru pacient;

Începe cu sarcinile terapeutice care sunt ușor de îndeplinit;

Prezintă sarcinile pentru acasă mai degrabă ca sugestii decât sub forma unor instrucțiuni sau comenzi.

### **Strategii cognitive în psihoterapia multimodală**

Clinicienii care se limitează doar la procedurile comportamentale și care evită abordarea proceselor cognitive, vor afla curând că oamenii pot submina cele mai bune planuri de întărire și modelare a propriului comportament, datorită propriei lor gândiri. Unele din cele mai frecvente erori cognitive includ suprageneralizarea, gândirea dihotomică, perfecționismul, imperativele categorice, concluziile pripite, falsele atribuiri, “catastrofizarea”, dorința excesivă de a fi aprobat. În măsura în care individul se angajează în una sau mai multe din aceste cogniții disfuncționale, există posibilitatea apariției unor comportamente deficitare și a unor tulburări afective

### **Strategii noncognitive și noncomportamentale în psihoterapia multimodală**

Din punctul de vedere al psihoterapiei multimodale, intervențiile noncognitive și noncomportamentale oferă adeseori informații valoroase din punct de vedere terapeutic. De pildă, este utilizată tehnica “scaunului liber” care aparține psihodramei și terapiei gestaltiste, fiind considerată foarte utilă în exersarea comportamentului asertiv al pacienților. De asemenea, reflectarea rogersiană este folosită îndeosebi atunci când se are în vedere exprimarea conflictelor și sentimentelor ambivalente ale pacientului. Spre deosebire de rogersieni, Lazarus nu consideră că empatia, căldura, acceptarea pozitivă necondiționată, autenticitatea manifestate de terapeut față de pacient sunt condiții necesare și suficiente pentru a se produce modificarea comportamentală a pacientului. “Atunci când clientul este ajutat de psihoterapeut să-și clarifice unele confuzii și incertitudini prin intermediul reflectării empatice și acceptării, este timpul să se treacă la acțiune. În acest moment, se revine la administrarea sarcinilor pentru acasă și la însușirea de către client a diverselor strategii de a face față situațiilor (A. A. Lazarus, 1987).

Din perspectiva psihoterapiei multimodale nu trebuie să subscrii la teoriile unor școli terapeutice pentru a putea utiliza diverse tehnici împrumutate din psihanaliza freudiană, gestalt-terapie sau terapia rogersiană. Abordând o perspectivă eclectică, terapia multimodală consideră o mare eroare ca terapeuții să ignore acele tehnici care nu decurg din modelul lor teoretic. Aceasta cu atât mai mult cu cât majoritatea psihologilor sunt de acord că nu există o singură abordare, perspectivă sau teorie în psihologie care să fie capabilă să explice orice se observă în comportamentul uman. Oricât de interesantă, plauzibilă și atrăgătoare poate fi o teorie, tehnicile și nu teoriile sunt cele care se aplică oamenilor. Cu alte cuvinte, studiul efectelor psihoterapiei este întotdeauna studiul efectelor tehnicilor puse în acțiune. În sinteză, în psihoterapia multimodală se consideră că următoarele componente stabilesc succesul tehnicilor comportamentale:

Terapeutul trebuie să manifeste o bună cunoaștere, competență și încredere în validitatea tehnicilor utilizate;

Un practician eficient trebuie să știe cum să-l determine pe pacient să adere la programul de tratament.

### **Bibliografie:**

Dumitriu, O. (2008). Cursul “*Psihoterapiei de scurtă durată*”. Iași: Universitatea Titu Maiorescu

Lazarus, A.A. (1989). *Practice of Multimodal Therapy: Systematic, Comprehensive, and Effective Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University

***Despre autor:***

*Georgiana Moise* este psihoterapeut în formare în cadrul Asociației de Cercetare, Consiliere și Psihoterapie Integrativă.