FUNDAMENTOS PARA UM MODELO INTEGRATIVO DE "COMPLEMENTARIDADE PARADIGMÁTICA"

António Branco Vasco

Resumo Introduz-se o conceito de "complementaridade paradigmática" enquanto utilização, sequencial ou complementar, de instrumentos de avaliação, conceptualizações e intervenções oriundos de diferentes orientações teóricas (e "visões do mundo"). Traçam-se paralelos entre os processos de desenvolvimento pessoal e científico, salientando o modo como estes parecem apontar para uma lógica integrativa. Apresentam-se alguns dados de investigação com psicoterapeutas que parecem sugerir que, relativamente ao desenvolvimento das suas crenças metateóricas e prática clínica, funcionam, espontaneamente, num registo de "complementaridade paradigmática". Termina-se, analisando o modo como diferentes visões do mundo influenciam as conceptualizações e atribuições causais de diferentes orientações teóricas, salientando a potencial importância de todas elas, utilizadas de modo complementar, para capturar a complexidade dos processos psicoterapêuticos.

Palavras-chave Visões do mundo, integração, complementaridade paradigmática.

Introdução

Contrariamente ao que alguns críticos da integração em psicoterapia parecem pensar, não entendo que integração seja sinónimo de unificação ou de indiferenciação, mas sim de "diferenciação esclarecida": capacidade para utilizar, de forma sequencial ou complementar, instrumentos de avaliação, conceptualizações e intervenções oriundos de diferentes orientações teóricas (e "visões do mundo"), com o objectivo de aumentar a compreensão e eficácia terapêuticas (ver Gonçalves & Vasco, 1997; Gonçalves & Vasco, *este número*). Tal ideia traduz-se no conceito de "complementaridade paradigmática".

A conotação filosófica do conceito de "complementaridade paradigmática" é intencional. Acredito que, mesmo não sendo possível *sintetizar* as diferentes visões do mundo inerentes às diferentes escolas terapêuticas, elas podem ser coordenadas e articuladas de forma complementar, reconhecendo e identificando as condições e contextos em que cada uma delas melhor se aplica, em termos de capacidade

António Branco Vasco, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

explicativa e de potencial de orientação clínica. Acredito, igualmente, que nenhuma visão do mundo é intrinsecamente superior às outras, quer a nível ontológico (i.e., formismo, mecanicismo, organicismo e contextualismo) (Pepper, 1942), quer a nível epistemológico (empirismo, racionalismo e metaforismo) (Royce, 1964; Royce & Mos, 1980).

Em minha opinião, as perspectivas construtivistas mais radicais em psicoterapia "atiram fora o bebé com a água do banho", ao defenderem que o organicismo ou o contextualismo são as "melhores" visões ontológicas do mundo e que o metaforismo é a "melhor" visão epistemológica do mundo. Ao fazê-lo, não promovem qualquer salto qualitativo, permanecendo no mesmo nível lógico que as perspectivas que privilegiam a primazia de visões alternativas.

Por exemplo, qual a utilidade do metaforismo ou do racionalismo para determinar a frequência de ataques de pânico de determinado paciente? Qual a utilidade do empirismo ou do metaforismo para compreender a coerência lógica de um determinado raciocínio? E, finalmente, qual a utilidade de ambos, o racionalismo e o empirismo, para captar o significado de afirmações tais como "sinto-me como um barco em mar revolto"? O mesmo se aplica às visões ontológicas do mundo, particularmente no tocante às atribuições causais subjacentes a cada uma delas.

No meu entender, e de acordo com a análise que Piaget e Garcia (1983) fazem relativamente ao desenvolvimento da ciência (bem como relativamente ao desenvolvimento psicológico), tais processos de desenvolvimento são melhor entendidos não no quadro de uma lógica de substituição de uma "forma de ver" por outra, mas sim por um processo de superação e de integração. Não se trata de um movimento progressivo exclusivamente descontínuo, mas igualmente contínuo. Mesmo que se verifiquem descontinuidades estruturais (i.e., formas de explicação — níveis terapêuticos metateórico e teórico), igualmente, têm lugar continuidades de carácter funcional (i.e., formas de resolução de problemas — nível clínico estratégico).

Em termos de integração em psicoterapia, é igualmente importante o mecanismo que Piaget e Garcia (1983) identificam como comum tanto ao desenvolvimento psicológico como científico. Trata-se daquilo que designam como funcionamento aos níveis "intra", "inter" e "trans". Por funcionamento a nível "intra" entende-se identificar e lidar com as qualidades das situações, sujeitos e objectos, recorrendo exclusivamente ao uso de explicações locais e particulares (o que pode ser entendido como semelhante a uma visão formista do mundo).

Por sua vez, o nível de funcionamento "inter" é essencialmente caracterizado por explicações centradas em redor de um sistema de transformações que pressupõe a existência de relações entre diferentes situações, sujeitos e objectos (formulação que pode ser vista como semelhante a uma visão mecanicista do mundo).

Finalmente, e a um nível de abstracção mais elevado, encontra-se o nível de funcionamento "trans", que contempla, exactamente, as relações entre as transformações referidas para o nível "inter", permitindo a formação de estruturas (semelhante às visões do mundo organicista e contextualista).

Penso que esta análise se aplica tanto ao desenvolvimento psicossocial da psicoterapia, como a um número crescente de terapeutas. Após um longo período de funcionamento "intra" (as escolas terapêuticas totalmente separadas), foi possível observar um outro período predominantemente "inter" (o início de relações e diálogo entre diferentes escolas) e, finalmente, esforços concretos no sentido da integração, o funcionamento "trans".

O mesmo tipo de raciocínio parece poder ser aplicado aos processos de desenvolvimento de um número crescente de psicoterapeutas. Com base em alguns resultados da minha investigação com psicoterapeutas, ao longo dos últimos anos, tentarei, em primeiro lugar, ilustrar este processo de desenvolvimento relativamente às suas crenças metateóricas e prática clínica. Seguidamente, tentarei explorar o seu possível significado e extrair algumas implicações.

Resultados empíricos relativos a psicoterapeutas

Neste contexto, quatro conjuntos de resultados parecem ser particularmente relevantes:

1) Aparentemente, quando alguns terapeutas se encontram numa situação de dissonância entre as suas crenças pessoais de ordem ontológica e epistemológica e as asserções metateóricas dos modelos clínicos que subscrevem, tendem a rever ou a ampliar o seu paradigma de referência. Este fenómeno é ilustrado pelo facto de, quando em dissonância, relatarem uma diminuição da influência da teoria na prática e pelo aumento da probabilidade de seleccionarem o eclectismo como sua orientação teórica secundária (Vasco, Garcia-Marques & Dryden, 1993).
2) Parece que os terapeutas eclécticos não só fazem uso de um leque mais amplo de estilos epistémicos (Vasco, 1996), mas são igualmente mais flexíveis em termos de estilos terapêuticos, e mais capazes de estabelecer boas alianças terapêuticas com os seus pacientes (Vasco, Silva & Chambel, *este número*). Possivelmente, tal facto significa que o sentir-se à vontade com diferentes estilos epistémicos proporciona aos terapeutas a capacidade para recorrer a diferentes estilos terapêuticos e, consequentemente, de estabelecer boas alianças terapêuticas com um leque mais diferenciado de pacientes.
3) Em contraste com terapeutas não eclécticos, os terapeutas eclécticos parecem não só reconhecer experimentar um maior número de dificuldades na sua prática clínica, mas também lidar com elas recorrendo, significativamente mais, a soluções de "flexibilidade pragmática" (Vasco, *este número*).
4) Finalmente, o nível de desenvolvimento epistemológico dos terapeutas parece contribuir para os seus estilos terapêuticos. Assim, terapeutas mais experientes e simultaneamente mais desenvolvidos do ponto de vista

epistemológico, tanto de orientação psicodinâmica como cognitiva, mostraram-se mais semelhantes no tocante a estilos terapêuticos do que um grupo composto por todos os outros terapeutas psicodinâmicos e cognitivos (Vasco & Dryden, 1997). Possivelmente, o processo de filtragem inerente à prática clínica contribui para que os terapeutas simultaneamente mais experientes e mais capazes de questionar o conhecimento previamente adquirido (i.e., mais desenvolvidos epistemologicamente), independentemente da orientação teórica, se tornem mais semelhantes no tocante a determinadas atitudes e operações clínicas.

Possibilidades

Joseph Royce (1964) defendeu que quanto mais um indivíduo está empenhado na defesa de uma visão do mundo específica, mais limita as imagens que constrói do conhecimento e da realidade. Queria com isto dizer que o ser humano age como se possuísse um conhecimento da realidade última quando, na realidade, só detém uma perspectiva limitada: afirma ser detentor da verdade sem ter consciência dos limites da sua perspectiva; olha para a realidade de forma parcial, mas ousa fazer afirmações relativas à totalidade das coisas (Royce, 1964).

Estas considerações imediatamente nos fazem lembrar o paroquialismo (equivalente ao funcionamento "intra" anteriormente mencionado) que costumava caracterizar a postura tradicional da maioria dos apoiantes das diferentes escolas de psicoterapia (e, infelizmente, ainda caracteriza a de alguns!). É como se estes últimos funcionassem segundo o ditado: "dai um martelo a uma criança e imediatamente constatarás que ela pensa que todos os objectos necessitam de ser martelados".

As considerações de Royce ganham relevância acrescida à luz da recente proposta de substituição do modelo do psicólogo clínico enquanto "cientista/praticante" (Derner, 1965; Goldfried, 1984; O'Sullivan & Quevillon, 1992; Raimy, 1950) pelo de "metafísico/cientista/praticante" (O'Donohue, 1989). Esta nova formulação é mais ampla, para além de contemplar os componentes científicos e práticos, contempla igualmente os componentes ontológico e epistemológico (particularmente as questões relativas aos conceitos de realidade e da natureza, origens, validade e processos inerentes ao conhecimento humano).

Como mencionei anteriormente, alguns autores defendem que as asserções ontológicas e epistemológicas subjacentes aos diferentes modelos terapêuticos constituem um obstáculo de monta para a integração em psicoterapia (e.g., Beutler & Clarkin, 1990; Lazarus, 1989; Messer, 1992; Safran & Messer, 1998; Schacht & Black, 1985).

Contudo, outros defendem que diferentes visões do mundo podem ser parcialmente coordenadas e complementarem-se, reconhecendo as condições e contextos diferenciais de aplicação óptima [Mosham (1982) aplica estas ideias à

psicologia do desenvolvimento e Epstein (1993) relativamente às emoções]. Penso que os quatro conjuntos de resultados relativamente aos psicoterapeutas, anteriormente apresentados, apontam exactamente nesta direcção.

Tanto estes resultados empíricos como o facto de Royce (1964) considerar que os três estilos epistémicos (i.e., empirismo, racionalismo e metaforismo) não são independentes — todas as pessoas fazem uso dos três estilos, com maior ou menor frequência, encontrado-se estes articulados de forma hierárquica — faz-me postular que, se os estilos determinam aquilo que consideramos ser a realidade e o conhecimento válido, a abertura ontológica e epistemológica proporcionada pelo facto de se ser capaz de fazer deles um uso diferencial e complementar contribui, possivelmente, para os clínicos funcionarem terapeuticamente de forma mais flexível. Ou seja, que estejam mais aptos e dispostos a utilizar, de forma sequencial ou convergente, instrumentos de avaliação, conceptualizações e intervenções originárias de diferentes paradigmas clínicos e, consequentemente, a optimizarem a compreensão e eficácia terapêuticas.

Designo a capacidade de fazer um uso diferencial dos vários estilos epistémicos e ontológicos por *complementaridade paradigmática*, constituindo esta uma forma de ultrapassar o ensimesmamento que Royce (1964) designa por "encapsulamento".

Por outro lado, a complementaridade paradigmática implica igualmente as características do pensamento pós-formal (Kramer, 1983; Alexander & Langer, 1990): (1) *relativismo* — o reconhecimento da natureza relativa e não absoluta de todos os tipos de conhecimento, bem como de que as crenças pessoais não são mais do que uma entre várias formas de construir a realidade; (2) *contradição* — o reconhecimento de que as contradições e complexidades são componentes inevitáveis do conhecimento e da realidade, bem como de que se conquista a tolerância reconhecendo a natureza dialéctica da relação entre os opostos; (3) *integração* — síntese de alto nível de abstracção que constitui uma totalidade integrativa de sistemas opostos particulares.

Basicamente, as decisões clínicas, explícitas ou implícitas, são sempre dependentes do modo como mapeamos o "território terapêutico", estando este processo de mapeamento dependente de categorias de classificação que se modificam de acordo com visões do mundo e modelos teóricos.

Penso que os terapeutas utilizam, primordialmente, quatro tipos de mapas que estão relacionados com as quatro visões ontológicas do mundo (Pepper, 1942): (1) *formismo* — os diagnósticos nosológicos tradicionais e as abordagens de traço; (2) *mecanicismo* — as análises funcionais de comportamentos e cognições; (3) *organicismo* — todas as análises estruturais e desenvolvimentistas; (4) *contextualismo* — os marcadores da interacção terapêutica, as fases do processo terapêutico, os genogramas e análises sistémicas.

Possivelmente todos estes "mapas" têm a sua relevância clínica, passando a optimização das intervenções pela capacidade de os utilizar de forma diferencial e complementar (ver Gonçalves & Vasco, 1997; Gonçalves & Vasco, *este número*).

Igualmente interessante é o facto de estes mapas e, consequentemente, os

critérios explícitos ou implícitos de tomada de decisões clínicas se relacionarem com os conceitos de causalidade propostos por Aristóteles. Ou seja, ao operar sob uma perspectiva eminentemente formista, o terapeuta faz atribuições causais que se baseiam na *causalidade material* — considera que são as características intrínsecas do paciente (anatómicas, bioquímicas ou psicológicas) que causam o problema; quando operando sob uma perspectiva mecanicista, os terapeutas fazem atribuições baseadas na causalidade *mecânica* ou *eficiente* — forças externas e lineares (reforços e punições) são as causas do problema; por sua vez, quando sob uma perspectiva organicista, os terapeutas baseiam as suas explicações na causalidade *final* ou *teológica*, são os objectivos, expectativas e "dores de crescimento" bem como as suas vicissitudes que causam o problema; por fim, na óptica contextualista, as atribuições dos terapeutas baseiam-se na causalidade *formal* ou *teleonómica* — as causas do problema consistem em interacções complexas e significados construídos.

De novo, considero que qualquer um dos quatro tipos de causalidade pode ser útil para pensar e clarificar diferentes situações clínicas, diferentes tipos de pacientes e mesmo diferentes fases do processo terapêutico (ver Gonçalves & Vasco, 1997; Gonçalves & Vasco, *este número*). Possivelmente, o mais importante consiste no facto de o terapeuta estar ciente de todas elas, estar ciente que nenhuma é intrinsecamente melhor do que outra e, acima de tudo, ser capaz de as utilizar complementarmente, consoante o seu respectivo valor heurístico. A tanto obriga a complexidade dos processos psicoterapêuticos.

Gostaria, como remate, de citar uma frase de Fernando Pessoa que me parece captar, na perfeição, a essência do conceito de complementaridade paradigmática: "o binómio de Newton é tão belo como a Vénus de Milo". Ousaria acrescentar que a Vénus de Milo é tão útil como o binómio de Newton.

Referências

Alexander, C. N., & Langer, E. J. (Eds.) (1990). *Higher stages of human development*. Nova Iorque: Oxford University Press.

Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection*. Nova Iorque: Brunner / Mazel.

Derner, G. F., (1965). Graduate education in clinical psychology. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. Nova Iorque: MacGraw-Hill.

Epstein, S. (1993). Emotion and self-theory. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*. Nova Iorque: Guilford.

Goldfried, M. R. (1984). Training the clinitian as scientist-professional. *Professional Psychology, 15*, 477-481.

Gonçalves, I., & Vasco, A. B. (Abril, 1997). *Paradigmatic complementarity: An integrative cognitivre-behaviorally based intervention for personality disorders*. Comunicação

apresentada na XIII Annual Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Toronto, Canada.

Gonçalves, I., & Vasco, A. B. (2001). Estudo de caso de uma "perturbação *borderline* da personalidade" à luz do modelo de "complementaridade paradigmática". *Psicologia, XV* (2).

Kramer, D. A. (1983). Post-formal operations? A need for further conceptualization. *Human Development, 26*, 91-105.

Lazarus, A. A. (1989). Why I am an eclectic (not an integrationist). *British Journal of Guidance and Counselling, 17*, 248-258.

Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. Nova Iorque: Basic Books.

Mosham, D. (1982). Exogenous, endogenous, and dialectical constructivism. *Developmental Review, 2*, 371-384.

O´Donohue, W. O. (1989). The (even) boulder model: the clinical psychologist as metaphysician-scientist-practicioner. *American Psychologist, 44*, 1460-1468.

O´Sullivan, J. J., & Quevillon, R. P. (1992). *40 years later: Is the Boulder model still alive? American Psychologist, 47*, 67-70.

Piaget, J., & Garcia, R. (1983). *Psychogenèse et histoire des sciences*. Paris: Flammarion.

Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses*. Berkeley: University of California Press.

Raimy, V. C. (1950). *Training in clinical psychology*. Nova Iorque: Prentice-Hall.

Royce, J. R. (1964). *The encapsulated man: An interdisciplinary essay on the search for meaning*. Princeton, NJ: Van Nostrand.

Royce, J. R., & Mos, L. P. (1980). *Manual: Psycho-epistemological profile*. Canada: University of Alberta Center for Advanced Study in Theoretical Psychology.

Safran, J. D., & Messer, S. B. (1998). Psychotherapy integration: A post-modern critique. In J. D. Safran (Ed.), *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Schacht, T. E., & Black, D. A. (1985). Epistemological commitments of behavioral and psychoanalytic therapists. *Professional Psychology, 16*, 316-323.

Vasco, A. B. (1996). Del encapsulamiento a la complementariedad paradigmática: Estilos terapéuticos y epistémicos de los psicoterapeutas. *Revista Argentina de* Clínica Psicologica, V, 7-15.

Vasco, A. B. (2001). Os psicoterapeutas portugueses face à integração em psicoterapia: Comparações com um estudo anterior. *Psicologia, XV* (2).

Vasco, A., & Dryden, W. (1997). Does development do the did?: Clinical experience and epistemological development together account for similarities in therapeutic style. *Psychotherapy, 34*, 262-271.

Vasco, A. B., Garcia-Marques, L., & Dryden, W. (1993). "Psychotherapist know thyself!": Dissonance between metatheoretical and personal values in psychotherapists of different theoretical orientations. *Psychotherapy Research, 3*, 181-196.

Vasco, A. B., Silva, F., & Chambel, J. (2001). Visões do mundo do terapeuta e do cliente: Impactos na aliança terapêutica. *Psicologia, XV* (2).

Fundamentals for an integrative model of "Pradigmatic Complementarity" (abstract) The concept of "paradigmatic complementarity" is presented. This concept implies the sequencial or complementary use of assessment intruments, concepts and interventions steming from different theoretical orientations (and "world-views"). Similarities between processes of personal and scientific development are drawn, stressing how they seem to point to an integrative logic. Some research data regarding psychotherapists are also presented to illustrate how the development of their metatheoretical believes and clinical paractice seems to shows a spontaneous pattern of "paradigmatic complementarity". The way different world-views influence the conceptualizations and causal atributions of different theoretical orientations is also analysed, stressing the potencial contributions of all of them, used in a complementary way, to capture the complexities of the therapeutic process.