

18

**O (META)MODELO DE
COMPLEMENTARIDADE
PARADIGMÁTICA (MCP)**

*António Branco Vasco / Nuno Conceição
Ana Nunes da Silva / Joana Fojo Ferreira
Catarina Vaz-Velho*

O (Meta)Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) constitui uma ferramenta destinada a auxiliar os terapeutas a entenderem as situações clínicas de uma forma integrativa, compreensiva e multifacetada, com o objetivo de otimizar a compreensão dos casos clínicos, melhorando a capacidade de tomada de decisões clínicas e, consequentemente, a sua responsividade face aos pacientes. Trata-se de um metamodelo de suficiente abrangência para orientar o processo de tomada de decisão, quer do terapeuta quer do investigador, quando escolhem assentar o seu trabalho (clínico ou académico) em constructos, processos ou mecanismos transteóricos ou transdiagnósticos, salientando a necessidade de as decisões terapêuticas serem tomadas com base em variáveis do paciente, da relação e do processo.

Enquanto estrutura de organização de conhecimento clínico existente, o MCP pode servir, também, de sustentação para a investigação exploratória em psicoterapia, investigação essa que contribua para o conhecimento emergente, ao identificar variáveis e relações relevantes entre variáveis, no terreno dos processos e mecanismos de mudança associados aos resultados terapêuticos. Tudo isto num ambiente de procura por evidência baseada na prática e por prática baseada na evidência, com particular relevância para o clínico que trabalha em ambiente naturalístico em psicoterapia individual com adultos e/ou psicologia da saúde. Consideramos que o MCP se revela útil tanto na intervenção com pacientes Y(J)AVIS (jovens, atraentes, verbais, inteligentes e com sucesso) (Schofield, 1964) – na nossa linguagem diríamos “com elevado nível de regulação da satisfação de necessidades psicológicas” –, com os quais parece ser suficiente uma intervenção de carácter mais “regulador” (mudança de primeira ordem [Fraser & Solovey, 2007; Parmenidou, 2011]), como também com pacientes para os quais é requerida, para além da regulação, um trabalho de carácter mais “transformacional esquemático” (Fraser & Solovey, 2007; Parmenidou, 2011) – regra geral, situações de comorbilidade entre Eixo I e II do DSM, incluindo aqueles frequentemente hospitalizados, muito disfuncionais e mesmo suicidas.

Em rigor, e mais adequadamente, o MCP é um “metamodelo” porque comporta elementos originários de quatro variedades de integração.

Elementos de “integração teórica”, ao considerar que nenhuma das “visões do mundo” (temática que abordaremos mais adiante) subjacentes às diferentes orientações teóricas é intrinsecamente superior a outra, em termos de capacidade explicativa, devendo estas e suas implicações explicativas e causais serem articuladas numa lógica de complementaridade. E também na “teoria da adaptação” que defende nomeadamente o contemplar e integrar “necessidades psicológicas” originárias de diferentes orientações teóricas num todo coerente.

Elementos de “fatores comuns”, particularmente visíveis nos “princípios gerais de mudança terapêutica” que subjazem aos objetivos estratégicos, ou estratégias gerais, inerentes à sequência temporal das sete fases do modelo, mas também na importância central atribuída à “aliança terapêutica”, dado esta ser o fator comum mais relevante na determinação dos resultados terapêuticos.