



CONTRATO TERAPÉUTICO

Este documento visa clarificar e regular a nossa relação terapêutica, a favor da transparência, libertando-nos para aquilo que de facto importa: fazer tudo para que fique bem!

1 Abordagem de base

Esta relação terapêutica desenrola-se, globalmente, de acordo com uma **abordagem cognitivo-comportamental** - trata-se de um modelo teórico-prático, com forte fundamentação científica, que assume alguns **pressupostos**, dos quais os mais relevantes são:

- Maior ênfase dada às causas de manutenção (ou seja, aquilo que sustém o problema) do que a eventuais causas primárias (ou seja, o motivo pelo qual o problema surgiu)
- A interpretação que cada um faz da realidade, bem como os comportamentos por que opta perante as situações percebidas, são determinantes das emoções que sente; assim, a intervenção principal é feita ao nível da sua leitura dos acontecimentos e ao nível dos seus comportamentos
- Esta interpretação e estes comportamentos pressupõem-se largamente aprendidos ao longo da vida; por isso, utiliza-se um processo de análise racional para verificar da sua adequação à realidade actual, ou seja, verificar se ainda fazem sentido no seu contexto actual de vida, substituindo-se por outros, no caso de se verificar a sua desactualização ou inadequação, com recurso a técnicas próprias.

Existem **aspectos importantes nesta abordagem**, para os quais deve ser advertido(a) desde já:

- A relação profissional que se desenvolve entre cliente e terapeuta é baseada no diálogo permanente, e nivelada, assumindo-se o terapeuta como o perito nas técnicas e abordagem que utiliza, e o cliente como o perito em si próprio. Qualquer situação é explicada tão em pormenor quanto for terapêuticamente apropriado, a intervenção é permanentemente balizada pela transparência, e os cursos de acção são acordados entre ambos, tendo em conta os objectivos expressos pelo cliente.
- Para a maioria dos quadros de diagnóstico tipificados existem protocolos de tratamento, devidamente comprovados em contexto de investigação científica clínica. Quando existir enquadramento para a aplicação de um protocolo de tratamento padronizado, o seu racional, sequência e expectativa de resultados é devidamente explicada ao cliente, podendo, mesmo, ser-lhe dada bibliografia ou material psicopedagógico elaborado para o efeito.
- Todo o desenrolar do trabalho pressupõe uma atitude muito activa do(a) cliente no seu próprio processo de mudança: deve aplicar as técnicas aprendidas, durante a sessão, na sua vida quotidiana, deve manter a terapeuta correctamente informada sobre o que se passa consigo e sobre as suas evoluções, e deve informá-la das situações que requerem clarificação adicional ou com as quais não concorda.
- Esta postura activa está na base de um pressuposto essencial: é o cliente que pretende mudar e só existe mudança, operando essa mesma mudança; ou seja, só se muda, mudando. Não existe nada de eficaz que o psicoterapeuta possa fazer em vez do cliente.
- As componentes mais importantes da mudança ocorrem fora do consultório, porque, naturalmente, é na sua vida do dia-a-dia que o cliente pretende mudar. Por isso mesmo, o trabalho a desenvolver vai basear-se muito em exercícios/técnicas/experiências que o cliente tem de pôr em prática entre as sessões.



- O espaço reservado às sessões é configurado como um espaço para:
 - diagnóstico das ações que requerem ser implementadas, com vista a atingir os objectivos pretendidos,
 - explicação sobre as técnicas a utilizar,
 - avaliação dos resultados obtidos com a prática dos exercícios entre sessões,
 - clarificação sobre aspectos relevantes

Além das técnicas próprias que derivam directamente desta abordagem, poderão ser utilizadas outros instrumentos de trabalho, denominados “técnicas”, diversificados, e para os quais, a cada momento, possui a formação académica e profissional necessárias. A qualquer momento que entenda, pode pedir-me provas dessa formação, que lhe mostrarei de imediato, por ter comigo os certificados e diplomas correspondentes. Estes instrumentos terão sempre por contexto a abordagem de base cognitivo-comportamental e serão explicados antes da sua aplicação.

2 Questões de periodicidade e duração

2.1 Periodicidade

Durante a primeira sessão (eventualmente, em situações mais complexas, poder-se-á estender à segunda sessão), é feito o diagnóstico com base no historial apresentado pelo cliente. Naturalmente, se forem omitidos, voluntaria ou involuntariamente, pormenores importantes, o diagnóstico poderá ter de vir a ser revisto posteriormente.

Com base no diagnóstico, é apresentado um plano de intervenção genérico, que poderá ser mais ou menos padronizado, dependendo de se tratar de uma situação que corresponda a uma desordem específica ou não. É nesta fase que é proposta uma determinada periodicidade de sessões.

Habitualmente, tenho tendência a trabalhar semanalmente com os meus clientes nas primeiras 3 ou 4 sessões (mas não entenda isto como semanas contadas rigorosamente, porque a calendarização é feita sessão a sessão e depende da conjugação de agendas entre ambos); assim que existe alguma estabilização/contenção de sintomatologia, passamos a uma periodicidade quinzenal. No terço final da intervenção, é, normalmente, proposta uma regularidade tri-semanal ou mesmo mensal.

A última sessão é marcada como controlo, normalmente dois ou três meses após a sessão em que ambos acordámos que já não existe necessidade de mais acompanhamento terapêutico. Esta sessão de controlo serve para validar que o êxito da intervenção se mantém estável e que não existem temas adicionais que exijam algum apoio. Finalmente, nesta sessão finaliza-se o trabalho destinado a evitar recaídas futuras.

A marcação da data e hora segue um princípio de conveniência de ambas as partes. Habitualmente, apenas marco sessões nos dias úteis, no período entre as 10 horas da manhã e as 20:30, no máximo (hora de início). Como é natural, o período pós-laboral é o mais solicitado, pelo que a marcação de consultas neste período é sempre mais difícil; o segundo período mais sobrecarregado da minha agenda é a hora de almoço.

A abordagem cognitivo-comportamental é considerada uma intervenção de terapias breves: identificam-se os objectivos de mudança, escolhem-se e treinam-se as técnicas que os permitem atingir, avaliam-se os resultados e termina-se a intervenção terapêutica assim que os objectivos são atingidos. A maior parte dos protocolos de intervenção utilizados em quadros de ansiedade ou de depressão ronda as 16 a 22 sessões, nos estados norte-americanos. A minha experiência é de que, ao longo destas sessões, é habitual



surgirem temas não relacionados com o motivo original que trouxe o cliente, mas que exigem a atenção do terapeuta ou para os quais o cliente pede apoio. Neste caso, o número de sessões pode aumentar. A minha média histórica real é de cerca de 12 sessões até “dar alta”. Como todas as médias, significa que o seu caso específico se pode situar muito abaixo ou muito acima, mas, pelo menos, dá-lhe uma ideia da duração típica.

2.2 Tempo das sessões

As sessões duram cerca de 50 minutos. Na prática, raramente duram menos de 1 hora, e podem ser marcadas sessões de 1 hora e 30 minutos, ou mesmo de duas horas, consoante o trabalho que está a ser feito e/ou especificidades de cada caso. Quando isso acontece, é informado(a) sobre a duração da sessão, para poder ter a sua vida organizada nesse sentido. O valor da sessão não varia em função da duração.

3 Questões de confiança e sigilo

Os psicólogos regem-se por um código deontológico e ético que garante total e rigoroso sigilo acerca dos seus casos. Toda e qualquer informação relativa a si, incluindo nome ou dados pessoais não serão, nunca e em circunstância alguma, partilhados com ninguém. Se houver necessidade de solicitar acompanhamento psiquiátrico, para uma intervenção farmacológica, é pedida a sua autorização para discutir o seu caso com o seu médico psiquiatra.

Pretende-se que a relação entre ambos(as) seja sempre baseada na total confiança. Isto significa que confio em si em pleno, quer no que diz respeito à partilha de informações que possam ser relevantes para a intervenção psicoterapêutica, quer no que diz respeito ao cumprimento das suas responsabilidades financeiras. Significa, igualmente, que espero total confiança da sua parte no que diz respeito aos meus conhecimentos sobre as técnicas que aplico, à seriedade com que pauto a minha intervenção e ao facto de todas as minhas acções durante o nosso trabalho terem como único objectivo seu bem-estar global.

4 Responsabilidade

A partir do momento em que acordemos trabalhar juntos(as), a minha responsabilidade sobre a sua situação é elevada, por isso, os temas relevantes devem ser apresentados e discutidos, nomeadamente, decisões que pretenda tomar directamente relacionadas com a situação que o(a) trouxe a contexto psicoterapêutico, e modificações de medicação anti-depressiva, ansiolítica ou outra destinada a controlar humor ou psicopatologia. Ainda que este tipo de decisões seja da sua responsabilidade última (e do seu médico, no caso de medicação), eu tenho de ser informada sobre o assunto para poder interpretar correctamente as alterações que existirem, alterar opções terapêuticas, se fôr caso disso, ou mesmo, poder discordar, de um ponto de vista estritamente técnico, e optar por descontinuar o trabalho consigo, se entender que a situação pode ter consequências graves para o seu bem-estar.

Se estiver a ser acompanhado por um médico psiquiatra, é natural que lhe peça autorização para o contactar, uma vez que as abordagens devem ser integradas. No caso de eu entender que deve ser acompanhado farmacologicamente, e não tiver um médico que o esteja a assistir, serei eu própria a recomendar-lhe um médico psiquiatra, com o qual estarei permanentemente articulada sobre o seu caso.