

## RELATO DE CASO

### DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS ATRAVÉS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

Raphaella Christine Souza Caldas<sup>1</sup>, Thiago Cavalcante Lima<sup>2</sup>.

#### INTRODUÇÃO

A epilepsia é um transtorno neurológico associado a inúmeras consequências para o relacionamento interpessoal, como estigmas e preconceitos. Esse quadro clínico costuma gerar dependência do sujeito em relação às pessoas do seu convívio, já que ocorre a perda da consciência e situações de confusão após o final da crise.

É comum que a família acabe sendo muito protetora, de forma que o indivíduo epilético desenvolva padrões comportamentais de passividade, tendo dificuldades em expor seus desejos e opiniões e acatando aquilo que foi decidido sobre sua vida. A família acaba sendo o principal ambiente social da criança com epilepsia, já que a inserção escolar costuma ser adiada pelo receio de que novos episódios epiléticos ocorram.

Com o tempo, às vezes, torna-se necessário que essas pessoas com respostas passivas e de dependência desenvolvam habilidades sociais de comunicação e enfrentamento assertivo. Promovendo, assim, a promoção de autonomia

e protagonismo, de forma que essas pessoas possam apresentar padrões comportamentais adaptativos, o que pode ser promovido através da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

#### Epilepsia

A epilepsia é um distúrbio do Sistema Nervoso Central (SNC) que inclui sintomas cognitivos e psiquiátricos, tais como alterações na fala, alucinações, vertigens, alterações sensoriais, dentre outros. Estima-se que, no Brasil, aproximadamente 340 mil novos casos de epilepsia surjam ao ano<sup>1</sup>. Por ser um transtorno crônico, a epilepsia gera mudanças na vida da pessoa diagnosticada e na daqueles que fazem parte do seu convívio, pela constante preocupação de que uma crise epilética possa vir a ocorrer.

As crises epiléticas são eventos súbitos e transitórios que se manifestam através de vários sintomas e sinais resultantes de uma descarga neuronal excessiva no SNC. Há, nesses casos, fenômenos de excitação e/ou inibição neuronal na área cerebral afetada<sup>1</sup>. A epilepsia pode ser gerada por diversos motivos, tais

<sup>1</sup> Autor para correspondência: rafavincit@hotmail.com  
Mestranda em Ciências do Comportamento – Universidade de Brasília

como traumatismos cranianos; algumas drogas ou tóxicos; interrupção do fluxo sanguíneo cerebral causado por acidentes ou problemas cardiovasculares<sup>2</sup>. Devido a essa variabilidade de causas possíveis, o tratamento e prevenção desse transtorno costumam ser variados, levando em consideração a origem e os fatores associados às crises epiléticas.

Segundo Louzã Neto e Elkis (2007),<sup>1</sup> não há um programa de prevenção específico para esses casos. Busca-se reduzir as probabilidades de que as crises epiléticas ocorram, o que pode ser feito através da atenção aos fatores causais associados, como o saneamento ambiental, imunização, atenção perinatal, tratamento de emergência de convulsões febris, diagnóstico e tratamento precoce das doenças infecciosas, programas de incentivo à evitação de estilos de vida que favoreçam prejuízos no SNC. O tratamento costuma incluir o uso de psicofármacos e a realização de psicoterapia. Em alguns casos é indicada a cirurgia com o intuito de identificar áreas lesionadas e removê-la, caso seja possível, ou estimulá-las<sup>3,4</sup>. É preciso investigar as possíveis causas da epilepsia, analisando características individuais do sujeito de forma a adequar o tratamento.

Segundo Louzã Neto e Elkis (2007),<sup>1</sup> o tratamento com Drogas Antiepiléticas (DAE) tem como objetivo atenuar ou alcançar a remissão das crises epiléticas, minimizando os riscos e efeitos colaterais para o sujeito. Busca-se proporcionar uma melhor qualidade de vida para os sujeitos diagnosticados.

Uma das consequências associadas ao diagnóstico da epilepsia é a dificuldade nas relações sociais e familiares. Conforme aponta Roriz (2009)<sup>5</sup>, crianças com epilepsia estão sujeitas a atitudes de rejeição social desde a infância, que é marcada por estigmas e preconceitos sobre o transtorno. Essa situação se inicia, muitas vezes, no seio familiar, devido às restrições que essa condição acarreta a vida da criança, principalmente no que se refere as atividades próprias da idade e ao ensino escolar.

A criança com epilepsia acaba se tornando muito dependente de seus familiares e cuidadores, como consequência da inserção escolar tardia.

Louzã Neto e Elkis (2007)<sup>1</sup> afirmam que algumas situações psicológicas são esperadas em pessoas com epilepsia, tais como imprevisibilidade, risco e cronificação do quadro clínico, incapacitação e restrições.

Esses autores destacam ainda algumas reações emocionais esperadas, como medo, ansiedade e vergonha. Algumas atitudes associadas a epilepsia são notadas, em dois contextos: 1) Individual: dependência, passividade, isolamento, distorção da autoimagem, etc.; 2) Familiar: superproteção, condescendência, críticas, estigma e negação.

Nesse sentido, o manejo psicológico estaria focado: na promoção de informação; propostas de estilo de vida saudável; desenvolvimento de habilidades de convívio com doença e tratamento; ajuda na elaboração da doença e prevenção de atitudes desadaptativas; comba-

te aos estigmas; construção de estratégias para melhorar a memória e para melhorar autoestima; combate ao isolamento e estímulo a iniciativa e autonomia<sup>1</sup>. Tais questões devem ser elaboradas junto ao cliente, de forma a promover o protagonismo social e uma melhor qualidade de vida. Às vezes é preciso auxiliar a pessoa com epilepsia a desenvolver habilidades sociais que a ajudem a lidar com seu quadro clínico e consequências associadas a ele.

### **Habilidades Sociais**

Há, muitas vezes, uma dificuldade da pessoa com epilepsia em se relacionar com as demais, visto que suas relações estão permeadas por preocupações, estigmas e preconceitos associados ao diagnóstico. Assim, pode ser necessário que ela desenvolva novas habilidades sociais que facilitem essa interação.

De acordo com Del Prette e Del Prette (2010)<sup>6</sup>, as habilidades sociais são uma classe de comportamentos que aumentam a probabilidade de produzir “consequências reforçadoras para o indivíduo e para as demais pessoas do grupo social” (p. 107). São, portanto, comportamentos que tendem a promover padrões de relacionamentos mais assertivos.

Del Prette e Del Prette (2001a)<sup>7</sup> apontam que as habilidades sociais do sujeito incluem componentes: 1) Comportamentais: desempenhos verbais, não verbais e paralinguísticos; 2) Cognitivo-afetivos: percepção social, crenças, metas pessoais, autoestima; 3) Fisiológicos: indicadores de ansiedade ou disfunções

psicossomáticas. As habilidades estão associadas ao conceito de competência social, que é a dimensão funcional dessas habilidades, sendo o “grau de proficiência com que o indivíduo organiza esses componentes em um desempenho efetivo” (p. 119). Assim, as habilidades sociais são construídas ao longo da vida, pois dizem respeito a aspectos construídos socialmente, como percepção social, crenças, questões linguísticas, dentre outros.

A competência social é avaliada por cinco critérios apontados por Del Prette e Del Prette (2001b)<sup>8</sup>: 1) Consecução de objetivos: se o indivíduo conseguiu expressar o que sente ou obter o que pretendia da relação; 2) Manutenção ou melhoria da relação: evitando prejuízos ou rupturas da relação; 3) Manutenção ou melhoria da autoestima: avaliação adequada ou oportuna do próprio desempenho; 4) Respeito e defesa dos direitos humanos básicos; 5) Busca de equilíbrio nas relações interpessoais. Assim, entende-se que a competência social diz respeito a ser coerente com seus desejos, emoções e crenças, ao mesmo tempo em que permite ao outro ser de igual forma coerente consigo, respeitando-o.

Del Prette e Del Prette (2001c)<sup>9</sup> destacam os diferentes tipos de habilidades sociais que podem compor o repertório do sujeito, tais como, as de comunicação, de civilidade, de enfrentamento assertivo, empáticas, de trabalho e de expressão de sentimento positivo. Duas dessas classes de habilidades sociais se destacam:

- Habilidade Social de comunicação: diz respeito a conseguir fazer e responder perguntas; gratificar e elogiar; pedir e dar *feedback* nas relações sociais; iniciar, manter e encerrar conversação;
- Habilidade Sociais de enfrentamento assertivas: referentes à manifestação de opiniões, concordar e discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se e admitir falhar; expressar raivar e pedir mudança de comportamento; interagir com autoridades e lidar com críticas.

Considerando que uma das possíveis atitudes individuais associadas ao diagnóstico da epilepsia é a passividade, o desenvolvimento dessas duas habilidades sociais pode se mostrar promotora de qualidade de vida para esses sujeitos. Essa ampliação do repertório de habilidades pode ser realizada através da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

### **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)**

Segundo Rangé (2011)<sup>1</sup>, as terapias cognitivo-comportamentais derivam do modelo cognitivo e compartilham três básicos pressupostos: 1) A atividade cognitiva influencia o comportamento; 2) A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; 3) Mudanças na cognição determinam mudanças no comportamento. A modificação dos pensamentos disfuncionais levaria à melhora sintomática dos transtornos, à modificação de crenças disfuncionais subjacentes e estabelece uma melhora mais abrangente e duradoura.

Conforme aponta Beck (2013)<sup>10</sup>, o modelo cognitivo parte da premissa de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia humana sofrem influência das suas percepções sobre os eventos. Ou seja, dada uma situação, pensamentos automáticos são ativados no sujeito, que se comporta de acordo com eles.

Dessa forma, destacam Wright, Basco e Thase (2008)<sup>11</sup>, os terapeutas da TCC incentivam o desenvolvimento e a aplicação de processos conscientes adaptativos de pensamentos, dedicando-se a auxiliar os pacientes a reconhecer e mudar o pensamento patológico em três níveis de processamento de informações relativamente autônomos, os pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares. Os pensamentos automáticos são “cognições que passam rapidamente por nossas mentes quando estamos em meio a situações (ou relembando acontecimentos)” (p. 19). Esses pensamentos são conscientes, mas geralmente não são percebidos e não passam por uma análise reacional cuidadosa, podendo estar fundamentados em erros cognitivos.

Os erros cognitivos são equívocos característicos na lógica dos pensamentos automáticos e outras cognições. Uma pessoa pode apresentar diferentes erros cognitivos simultaneamente, como ignorar evidências quando se analisa uma situação (abstração seletiva) e assumir responsabilidade excessiva por eventos negativos (personalização), dentre outros.

Identificar os erros cognitivos podem facilitar a mudança dos pensamentos automáticos.

Essa identificação pode ser feita através do registro de pensamentos disfuncionais, anotando as situações do cotidiano, os pensamentos automáticos identificados e as emoções geradas no momento<sup>10</sup>.

Por sua vez, segundo Beck (2013)<sup>9</sup>, as crenças intermediárias são regras, atitudes e pressupostos que influenciam a percepção que as pessoas têm de uma situação, o que acaba por influenciar o que ela pensa, sente e como se comporta. Por fim, as crenças nucleares são ideias e conceitos enraizados que a pessoa tem sobre si, sobre os outros e sobre o mundo. São crenças incondicionais, que são generalizadas para qualquer situação. As crenças nucleares são construídas desde a infância, a partir das experiências e se solidificam ao longo da vida<sup>12</sup>.

É importante que o paciente seja auxiliado a chegar cada vez mais próximo dessas cognições, através da descoberta guiada e do questionamento socrático. Segundo Knapp *et al* (2007),<sup>12</sup> o questionamento socrático é utilizado na terapia visando modificar pensamentos disfuncionais e crenças distorcidas, questionando evidências e buscando explicações alternativas junto ao sujeito. A descoberta guiada é possibilitada a partir desse questionamento, buscando trazer informação à consciência do sujeito através de perguntas simples que o guiam para a evocação e identificação de pensamentos disfuncionais.

Há também a técnica de ensaio comportamental, que permite treinar um plano comportamental que o terapeuta e o paciente dese-

jem implementar fora da terapia. Para isso, é necessário verificar a capacidade do paciente realizar a tarefa, praticar as habilidades comportamentais, fornecer *feedback* ao paciente, identificando possíveis obstáculos. Com o ensaio comportamental é possível elaborar maneiras assertivas de se comunicar<sup>11</sup>.

Na TCC há relação terapêutica é colaborativa e há a promoção de possibilidades de que o sujeito se dê conta dos pensamentos e crenças que não condizem com a realidade, permitindo uma reestruturação de seus níveis de cognição. Assim, permite-se ao sujeito desenvolver sua autonomia, visto que ele participa ativamente da sua reestruturação cognitiva.

## **Objetivo**

A intervenção proposta neste estudo de caso teve por finalidade potencializar o desenvolvimento de habilidades sociais de comunicação e habilidades sociais de enfrentamento assertivo, visando possibilitar o desenvolvimento de seu protagonismo social e autonomia, em uma paciente de 21 anos, diagnosticada com Epilepsia (CID-10 G40) e que apresenta comportamentos incompatíveis com sua idade.

## **RELATO**

### **História Clínica**

O atendimento da paciente L. D. S., 21 anos, iniciou-se com a coleta de informações referentes a seu histórico médico, familiar e social, a partir dos relatos da mãe, A. L. S. S, diarista, 41 anos, a paciente foi encaminhada pelo Cen-

tro de Educação Especial, trazendo como queixa inicial, por parte da mãe, a dificuldade de aprendizagem, relatos de obesidade, distração, dependência e passividade da filha.

L. mora com a mãe, o pai de 46 anos (que não tem emprego formal e trabalha realizando pequenos serviços na comunidade) e o irmão, de 17 anos. Tem ainda uma outra irmã mais velha, que tem um filho. Apesar de ajudar a tomar conta do sobrinho, a paciente tem pouco contato com a irmã, embora vivam no mesmo terreno da família.

A paciente tem crises de epilepsia desde os três anos. Na ocasião, precisou fazer um tratamento neurológico, quando começou a utilizar medicações que, segundo a mãe, a fizeram engordar. Continua em tratamento neurológico e com o endocrinologista. Atualmente faz uso de Levotiroxina (para tireoide), Valproato de Sódio (anticonvulsivante), Nitrazepam (ansiolítico), Prednisona e anticoncepcional para a regulação da menstruação.

Em seu histórico familiar não há relatos de transtornos mentais, hipertensão ou epilepsia, somente de diabetes. O pai bebe muito, ficando bêbado com frequência, mas não há relatos de dependência. As dificuldades de aprendizagem começaram desde os primeiros momentos da alfabetização da paciente. A primeira crise de epilepsia foi uma experiência difícil para a família, pois ela tinha apenas três anos e não recobrou a consciência em casa, precisando ser levada para o hospital. Ainda hoje tem crises, embora suas ocor-

rências tenham sido reduzidas devido ao uso das medicações.

A mãe da paciente trouxe, ainda, relatos sobre a falta de vontade de L. em iniciar atividades e tarefas, “quando começa as coisas, não termina” (sic). Relata que já tentou fazer com que ela engajassem na dieta, mas que, embora a paciente inicie bem, sempre perde o interesse. A paciente já passou por duas outras estagiárias no Centro de Práticas em Psicologia (CENPP), sua mãe afirma que sua vontade de estudar e de fazer dieta melhorou após o início da terapia, mas ainda não está ideal.

A paciente não sai de casa sozinha. Seu comportamento no ambiente escolar é bom, mas a mãe relata que existem dificuldades de socializar com os colegas da turma. Embora tenha 21 anos, ainda está na nona série do Ensino Fundamental. A mãe afirma que sua única amizade era com uma prima (que se mudou), uma vez que os alunos da escola a isolam.

Conforme relata a mãe da paciente, L. tem um bom relacionamento com ela. Com o pai L. demorou a se entender, pois ele bebe e isso a incomoda. A paciente costuma brigar muito com o irmão e tem pouco contato com a irmã. A rotina da paciente se resume a ir à escola, aos médicos, a terapia e a um grupo de jovens na Igreja Católica de seu bairro, ao qual vai forçada. Os únicos momentos que sai para se divertir em família são nos passeios da igreja.

A família acredita que a paciente ficará a vida toda morando com eles. Segundo a mãe, L. nunca namorou, embora tenha comentado

que um menino a havia pedido em namoro, mas ela não aceitou. Segundo ela, a paciente faz terapia porque a mãe leva, mas não tem demandas ou queixas próprias.

### Tratamento

O acompanhamento psicoterápico foi realizado no Centro de Práticas em Psicologia da Faculdade Pio Décimo, em Aracaju (SE), durante as atividades de Estágio Clínico Supervisionado em Psicologia II e III. Foram realizadas 13 sessões com 50 minutos de duração, sendo uma sessão de avaliação indireta e outra de psicoeducação com a mãe e as demais com a paciente. O caso foi encaminhado para atendimento psicológico infantil, pois, apesar de ter 21 anos, apresentaria comportamentos e interesses infantilizados. Foram utilizadas as técnicas de questionamento socrático, descoberta guiada, ensaio comportamental e *role-play*.

### COMENTÁRIO

Percebeu-se que as informações passadas pela mãe destoam dos relatos da paciente. Já na primeira sessão, L. relatou diversas situações desconhecidas por sua mãe, afirmando que guarda tudo para si, pois não gosta de contar nada a ninguém. Questionou-se se ela sabia o motivo de estar fazendo terapia. A paciente trouxe as mesmas demandas que a mãe havia apontado, utilizando, inclusive, as mesmas palavras.

Sobre suas relações sociais, diz já ter tido dois namorados e estar conhecendo um outro rapaz, por quem tem interesse. Relata que os

três pediram fotos dela vestindo apenas roupas íntimas, mas ela não deu, pois achava errado. Afirma conversar muito com meninos e colegas da escola através do *whatsapp* e pessoalmente.

L. relatou ter sido abusada sexualmente enquanto criança, pelo marido de uma amiga de sua mãe. Contou que estava na casa desse casal com a mãe, quando precisou ir ao banheiro, que não tinha fechadura. Foi nesse momento que o homem entrou e a violentou, diz que essa situação ocorreu entre os 3 e 5 anos de idade.

A paciente acredita que não tem interesse em ter relações sexuais com os namorados devido ao abuso que sofreu. Relata não ter contado a mãe, apenas uma colega e para as psicólogas que haviam atendido seu caso no CENPP, embora não exista registro em seu prontuário do abuso ou indícios de que as antigas estagiárias tenham tomado conhecimento desse caso.

Segundo L., seu relacionamento familiar é muito limitado, pois não tem muito contato com o pai, apesar de morarem juntos. Só fala com ele para pedir a benção ou pedir dinheiro, o que evita, pois eles não são afetuosos um com o outro. Com a mãe, a relação é baseada em compartilhar alguns momentos em frente à televisão, o que não ocorre muito, pois gostam de programações diferentes.

O relacionamento com o irmão é mais complicado, já que, segundo L., ele tem vergonha dela, não gostava de sentar com ela na sala de aula (ambos faziam o 9º ano na mesma escola, na mesma sala, mas, no último ano, L. reprovou, permanecendo no colégio enquanto seu

irmão foi para outro). “Na verdade, ele tem vergonha de mim, ele mesmo já falou” (sic), relata L. Acredita que isso ocorre porque ela é “fofa” (sic) (acima do peso), o que a deixa muito magoada.

A paciente se referiu também aos episódios de embriaguez do pai, que costumava incomodá-la nessas ocasiões, como, por exemplo, jogando pequenos objetos em cima dela e mexendo com suas primas. Embora demonstrasse estar chateada ao lembrar da situação, não conseguiu explicar de que forma seu pai estava mexendo com as primas, fato que a incomodou.

L. trouxe muitos relatos confusos sobre suas experiências, sem linearidade cronológica, misturando histórias do passado e do presente, de forma intercalada, o que, inicialmente, dificultou a compreensão do conteúdo que trazia. Foi solicitado que ela comprasse um caderno onde ela pudesse anotar os acontecimentos mais importantes do seu dia, de forma que fosse possível dar uma linearidade a seus relatos e identificar situações que pudessem estar causando sofrimento a paciente.

Como a paciente trouxe muitos relatos descontextualizados, foi explicado que a sessão era muito curta para que todos os assuntos fossem trabalhados, destacando, ainda, sua dificuldade em lembrar de eventos importantes em sua vida, o que reafirmava a importância do registro desses acontecimentos. Portanto, explicou-se que seria feita, a partir das suas anotações, uma lista daquilo que ela considerasse mais importante e

seriam trabalhados os pontos conforme a prioridade que fosse dada a eles.

Na sétima sessão, L. trouxe relatos sobre sua reprovação escolar. A paciente não sabia se havia reprovado na escola, mas, como seu irmão chegou em casa afirmando que sim, ela deixou de ir fazer as provas e recuperações, acreditando já ter perdido o ano escolar. Segundo L. a mãe apoiou a decisão dela de não ir mais na escola e o pai disse que ela só passava por caridade dos professores. A paciente demonstrou interesse em abandonar a escola.

Foi questionado o que ela faria caso abandonasse a escola, quais seriam seus planos. L. respondeu que iria ficar em casa, pois é aposentada devido a epilepsia e não precisaria trabalhar. Questionada sobre o que faria com seu tempo livre, disse que ficaria em casa o dia inteiro, mas que não gostava de ficar presa em casa, chegando à conclusão que preferia continuar na escola.

Perguntou-se a paciente o que ela poderia fazer com relação a sua situação escolar. Após pensar por um tempo, apontou que poderia ir à escola falar com os professores, embora não soubesse dizer o que poderia dizer a eles. Nesse momento, foi utilizada a técnica do ensaio comportamental, possibilitando a L. fazer o levantamento de alternativas e mensagens que ela poderia levar aos professores para resolver sua situação. A estagiária se colocou no papel de um dos professores enquanto a paciente representava a si mesma. Foram representadas duas situações, uma positiva, na qual o pro-



fessor aceitava as propostas levantadas pela paciente, e uma negativa, na qual ele negava, de forma que a paciente pudesse pensar previamente sobre o que fazer em cada situação, minimizando possíveis frustrações.

Na sessão seguinte, foi realizada uma síntese, junto à paciente, de tudo que fora feito até então. Questionou-se sobre os motivos que a levaram inicialmente a terapia, mas a paciente não se recordava. Quando foi perguntado sobre as demandas atuais, trouxe relatos sobre a necessidade que sentia de se comunicar melhor com a família e com as pessoas. No diário com o registro dos acontecimentos de sua semana foi identificadas situações nas quais a paciente agia de forma passiva diante das agressões físicas e verbais do pai, que a acusava injustamente de ter pegado dinheiro dele e ela não se defendia.

Foi passada uma nova tarefa de casa, a de registro de pensamentos disfuncionais. Explicou-se como seria feita a atividade, anotando um exemplo em um papel para que ela conseguisse desenvolver em casa o restante. A paciente demorou algumas sessões para entender a atividade, sendo preciso explicar e demonstrar algumas vezes. A atividade foi, então, discutida de forma simplificada, pedindo que a paciente anotasse as situações mais importantes da semana e os pensamentos, emoção e reação ao acontecimento.

Nas sessões seguintes, foram realizadas discussões acerca dos comportamentos de passividade apresentados pela paciente. Em uma das situações elaboradas, a paciente foi acu-

sada pela irmã de ter quebrado um notebook, nessa ocasião, o pai a defendeu. Como a percepção de L. é a de que o pai não gosta dela, foi questionado o que ela fez ao ser defendida, o que sentiu e o que aquela defesa significaria nessa relação com o pai. Embora não tenha feito nada, no momento em que ocorreu, chegou à conclusão de que o pai devia gostar dela ou não a teria defendido.

Na décima sessão, a mãe foi chamada para uma sessão de psicoeducação, pois foi percebido que a paciente convivía apenas com pré-adolescentes na escola e seus comportamentos infantilizados refletiam suas relações sociais com pessoas de idades inferiores à sua. Por isso, sugeriu-se a mãe que a paciente fosse matriculada em uma escola que tivesse turmas de Educação para Jovens e Adultos (EJA) de forma que ela pudesse conviver com pessoas de sua idade. A mãe afirmou que no bairro que moram não há escolas que ofereçam EJA e que não deixaria ela ir sozinha a outro bairro para frequentar a escola.

Também foi analisada com a mãe a sua recusa em permitir que a filha saísse com os colegas, ao que ela afirmou ter medo de que ela tenha uma crise epiléptica, embora, segundo seus relatos, a filha não apresente crises há algum tempo. Após a validação dos seus receios, sugeriu-se que ela levasse a filha a um neurologista que pudesse fazer uma reavaliação da paciente e, se necessário, ajustar as dosagens da medicação, de forma que ela tivesse mais segurança em deixar a filha sair sozinha.

Na sessão seguinte, L. trouxe relatos do seu receio de que ocorresse uma crise epiléptica na sala de aula, com os novos colegas de turma. Sua maior preocupação estava associada ao fato de não ter mais o irmão na escola para lhe socorrer, pois ele já sabia o que fazer nesses casos.

Foi feita uma lista de maneiras de lidar com essa possibilidade de ocorrência da crise. A paciente sugeriu contar a algum amigo próximo sobre a ocorrência das crises, de forma que alguém na sala soubesse o que fazer caso ocorresse uma crise. Mesmo assim, L. demonstrou preocupação de que não soubessem o que fazer. Quando questionada sobre o que o irmão costumava fazer, disse que ele avisava a diretora, que entrava em contato com os pais dela. Perguntou-se, então, o que ela achava que os colegas fariam caso ela tivesse uma crise e ela chegou à conclusão que eles também chamariam a diretora e os resultados seriam os mesmos, produzindo uma pequena diminuição da ansiedade de L.

Em outra sessão, a paciente chegou irritada e chateada porque a mãe não queria que ela fosse à casa da amiga. Foi feito um ensaio comportamental, estimulando L. a pensar em formas de comunicar essa sua insatisfação a mãe e suas percepções sobre estar sempre em casa e não poder sair sozinha.

Na penúltima sessão foi sinalizado a paciente a aproximação do fim do acompanhamento psicoterápico com a estagiária, apontando que ela continuaria a terapia com um novo estagiário. Questionou-se sobre suas demandas atuais e, ao se notar que não houveram mudanças nas

demandas, apontou-se que ela poderia continuar trabalhando com o desenvolvimento dessas habilidades sociais de comunicação e de enfrentamento assertivo após o recesso.

Na última sessão, a paciente trouxe novamente relatos de agressão que sofreu do pai, após ser acusada de roubar 50 reais dele. Após instruções, a paciente fez um levantamento de atitudes que ela poderia ter tomado no momento, coisas que ela poderia ter dito para se defender. Foi utilizada a técnica do ensaio comportamental, de forma a treinar uma maneira assertiva de se comunicar com seu pai.

Diante das constantes acusações do pai contra L., pediu-se que ela dissesse o que gostaria de dizer ao pai nessas ocasiões. Após algum tempo, a paciente emitiu uma mensagem razoavelmente clara sobre o que diria ao pai. Foi feito um ensaio comportamental para treinar essa comunicação, pedindo que a paciente pensasse em reações que o pai poderia ter, de forma a prever resultados negativos. Ao final, foi feita uma síntese de tudo que foi feito durante o processo terapêutico, sobre as demandas originais e atuais da paciente e sobre suas percepções a respeito do acompanhamento. Recomendou-se o prosseguimento da terapia, de forma a permitir que ela consiga aplicar sozinha as técnicas utilizadas durante a terapia.

### **Considerações Finais**

Mostrou-se notável que o relacionamento familiar da paciente é problemático, havendo pouca interação entre os membros da família,

apesar de morarem juntos. Após a primeira sessão com L., ficou claro que a mãe da paciente está totalmente alheia ao que acontece com a filha, pois ainda a trata como uma criança, que não tem interesse por meninos ou por nada que envolva esforço.

A paciente também repetiu várias vezes alguns relatos da mãe, inclusive com o uso das mesmas palavras sobre sua aprendizagem e força de vontade para realizar atividades e dietas. Isso reflete como suas percepções sobre si estão sendo influenciadas pelas percepções que sua família tem dela.

A paciente apresenta um padrão de comportamento passivo, aceitando tudo que falam sobre ela, punições e agressões verbais e físicas, sem se posicionar diante das acusações constantes que sofre dos pais com relação a sumiço de dinheiro dentro do ambiente familiar. Nota-se uma intensa dificuldade da família em se comunicar de forma assertiva.

Com a terapia, a paciente conseguiu elaborar e comunicar a estagiária uma demanda sua para ser elaborada durante o acompanhamento psicoterápico, mas, apesar da utilização de técnicas de questionamento socrático, descoberta guiada, ensaio comportamental e *role-play*, ela ainda demonstra dificuldade em implementá-las sozinha, sendo, portanto, importante que o acompanhamento psicológico tenha continuidade.

#### Detalhes dos autores:

<sup>1</sup> Mestranda em Ciências do Comportamento – Universidade de Brasília. rafavincit@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutorando em Ciências do Comportamento – Universidade de Brasília. paesthiago@hotmail.com

#### Conflitos de interesse:

Não há conflitos de interesse.

**Recebido:** 09 Novembro 2017. **Aceito:** 06 Fevereiro 2018. **Publicado:** 30 Março 2018.

#### REFERÊNCIAS

1. Louzã Neto, MR & Elkis, H. (2007). *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artmed.
2. Rangé, B. et al. (2011). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
3. Teixeira, SSR (2013). *A problemática da epilepsia*. 108 p. Dissertação de mestrado, Departamento de Ciências da Educação e do Patrimônio, Universidade Portucalense, Porto, Portugal. Recuperado em 12 junho, 2016, de <http://repositorio.uportu.pt:8080/js-pui/bitstream/11328/91/2/TME%20491.pdf>.
4. Rassi, A. et al (2001). Tratamento cirúrgico das epilepsias. *Revista Neurociências*. 9(3), 118-126. Recuperado em 11 julho, 2017, de <https://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-6.pdf>.
5. Costa, AR da, Corrêa, P de C & Partata, A. K. (2012). Epilepsia e os fármacos mais utilizados no seu tratamento. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína*, 5(3). Recuperado em 12 junho, 2016, de <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/53/4.pdf>.
6. Roriz TMS. Epilepsia, estigma e inclusão social/escolar: reflexões a partir de estudos de casos. (Tese). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – USP; 2009
7. Del Prette, ZAP & Del Prette, A. Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Revista Perspectivas*. (2010); 1(2):104-115. Recuperado em 12 junho, 2016, de [http://porteiros.r.unipampa.edu.br/portais/cap/files/2013/12/TREINAM-HABLDD-SOCIAIS-104-115\\_RP\\_2010\\_01\\_02.pdf](http://porteiros.r.unipampa.edu.br/portais/cap/files/2013/12/TREINAM-HABLDD-SOCIAIS-104-115_RP_2010_01_02.pdf).
8. Del Prette, ZAP & Del Prette, A. O uso de vivências no THS. In: Marinho, M. & Caballo, V. E. (Orgs.). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: UEL/APICSA Editora. 2001; 117-135.
9. Del Prette, ZAP & Del Prette, A. Habilidades sociais e educação: Pesquisa e atuação em psicologia escolar/educacional. In: Del Prette, Z.A.P. (Org.). *Psicologia Escolar, Saúde e Qualidade de vida* Campinas: Alínea Editora. 2001; 113-141.
10. Del Prette, ZAP & Del Prette. *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes Editora. 2001; 94 -99.
11. Beck, JS. *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed editor. 2013.
12. Wright, JH, Basco, MR & Thase, ME. *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed Editora. 2008.
13. Knapp, P. et al. *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed Editora. 2007.