



Centro de Estudos em Terapia  
Cognitivo-Comportamental

**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL**

**CLÁUDIA GALVES CASTILHO**

**NOMOFOBIA E ADOLESCÊNCIA**

**São Paulo**

**2018**

**CLÁUDIA GALVES CASTILHO**

**NOMOFOBIA E ADOLESCÊNCIA**

**Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu**

**Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental**

**Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon**

**Coorientadora: Profa. Ms. Eliana Melcher Martins**

**São Paulo**

**2018**

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada a fonte.

Castilho, Cláudia Galves

**Nomofobia e Adolescência**

Cláudia Galves Castilho, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins – São Paulo, 2018.

35 f. + CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Eliana Melcher Martins

1 Nomofobia, 2. Adolescência. I. Castilho, Cláudia Galves. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher.

Cláudia Galves Castilho

## **Nomofobia e Adolescência**

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em  
Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das  
exigências para obtenção do título de Especialista  
em Terapia Cognitivo-Comportamental

## **BANCA EXAMINADORA**

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dedico esse trabalho aos meus pacientes que, mesmo sem o saberem, me motivam a cada dia na busca por conhecimento para melhor exercer o meu papel profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar à minha amiga Fernanda Violante que me incentivou de forma bem peculiar a essa pós-graduação.

Em segundo, ao coordenador do CETCC, Élcio Martins e à Dr.<sup>a</sup> Eliana Melcher Martins pela oportunidade a mim concedida.

Aos meus filhos que sempre me apoiaram e me incentivaram, por vezes pelo simples fato de existirem.

Em quarto, mas não menos importante, à minha querida amiga Graziela Mercúrio, por estar a meu lado sempre, me acolhendo e incentivando de maneira especial a superar todos os obstáculos que se impuseram no decurso desse desafio, sem cuja ajuda eu não teria conseguido.

## RESUMO

O termo nomofobia – medo de ficar desconectado surge na Inglaterra em 2008. Passou, por consequência da evolução dos aparelhos, de medo de ficar sem celular, a medo de ficar desconectado. Estudos revelaram que a nomofobia é um transtorno secundário, devendo ser precedido de outro como, por exemplo, o transtorno de ansiedade, depressão, pânico, TOC. Por estar em plena expansão, o mundo virtual afeta as formas de relacionamento social. As crianças e adolescentes têm sido excessivamente expostos às mídias desde cedo – o que propicia o desenvolvimento da nomofobia e demais problemas de saúde decorrentes. Por ela se desenvolver cada vez mais cedo e devido aos prejuízos causados a médio e longo prazo, é preciso tratar o problema o mais precocemente possível. Por isso, essa proposta de intervenção é para adolescentes entre treze e dezessete anos. Porém, para se ter uma melhor visão sobre o tema é preciso efetuar a aplicação da proposta de intervenção, a medição dos resultados e acompanhamento por um período considerável. Há que se aprofundar no tema, para se poder oferecer cada vez melhores opções de tratamento e principalmente, medidas preventivas, pois assim, evitar-se-á, danos maiores à população.

**Palavras-chave:** nomofobia; adolescentes; terapia cognitivo-comportamental; celular; internet.

## **ABSTRACT**

The term nomophobia - the fear of being disconnected - appeared in England in 2008. It has changed, due to the evolution of the devices, from fear of being without cell phone to the fear of being disconnected. Studies have shown that nomophobia is a secondary disorder, and should be preceded by another one, such as anxiety disorder, depression, panic, OCD. Being in full expansion, the virtual world affects the social relationships. Children and adolescents have been excessively exposed to the media at an early age - which promotes the development of nomophobia and other health problems. Besides nomophobia has been developing ever earlier and due to the medium- and long-term damages, it is necessary to treat the problem as early as possible. Therefore, this proposal of intervention is for teenagers between thirteen and seventeen years old. However, for a better view on the subject, it is necessary to apply the intervention proposal and to measure the results and follow-up for a long period. So, it is necessary to deepen in this subject, to be able to offer better treatment options and, mainly, preventive measures, because this way, greater damages will be avoided to the population.

**Keywords:** nomophobia; teenagers; cognitive behavioral therapy; mobiles; internet



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 OBJETIVO.....	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 RESULTADOS .....	14
5 DISCUSSÃO .....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32

## 1 INTRODUÇÃO

Há um século, as principais causas de morte e doenças das crianças (problemas congênitos, envenenamentos e doenças infecciosas) eram relacionadas ao ambiente em que essas crianças viviam - e ainda assim esse índice vinha decrescendo. Atualmente as principais causas de mortalidade e de doenças como a obesidade e outros comportamentos de risco que se iniciam geralmente na infância, encontram-se associados à crescente exposição às mídias (RICH 2013).

Tem aumentado significativamente o número de horas em que as crianças norte-americanas ficam conectadas todos os dias. Reestruturar as mídias, tendo em vista que são uma influência na saúde ambiental, pode ser mais útil para a compreensão de seus efeitos sobre a saúde do que encará-las como vetores de danos. (RICH, 2013)

Ainda que o que pode ser aprendido com as mídias tenha sido o primeiro foco de atenção – e siga sendo considerada uma importante influência sobre a saúde, o modo como se usa as mídias tem se tornado cada vez mais importante nesse século. (RICH, 2013)

Há décadas ocorre uma discussão entre os que julgam a televisão, cinema e outras mídias prejudiciais às crianças e os que defendem a liberdade de uso delas. Seja qual for o ponto, fato é que não se pode mais negar a presença da tecnologia na vida de todos. O cerne da questão, sobre se as mídias são benéficas ou maléficas, recai sobre o uso que se faz delas. Resta-nos aprender a lidar com elas.

Portanto, cabe-nos reestruturar seu manejo, posto que sua presença é realidade - tendo em vista a influência no desenvolvimento das crianças e sua saúde física, mental e social, de modo a torná-las benéficas, e evitando seus danos. (RICH, 2013).

Deve-se reconhecer sua utilidade nas diversas atividades em que se faz presente e colocá-las de lado quando não forem a melhor escolha. A evolução das mídias modificou a forma como vivemos, trabalhamos, nos divertimos e nos relacionamos.

Os jovens são poderosamente envolvidos pelas mídias. Ainda que as crianças criem hábitos precoces com as mídias de tela, é no período da adolescência que se

envolvem mais com telefones móveis, mensagens de texto, jogos em rede e mídias sociais. (RICH, 2013).

O ambiente virtual se mostra mais seguro às experimentações dessa fase de adolescência, permitindo uma diversidade de palcos e opções. A quantidade passa a superar a qualidade dos relacionamentos. Entretanto, o tempo excessivo de uso das telas virtuais pode levar a efeitos prejudiciais na saúde física, mental e social (RICH, 2013).

A partir do momento em que a internet, o celular passam a fazer parte do cotidiano das pessoas, notam-se mudanças significativas de hábitos, formas de comportamento, emoções e relações interpessoais e sociais. Surge assim, a necessidade de compreender a dimensão dessas alterações, os benefícios e prejuízos inerentes ao uso e abuso dessas tecnologias. (KING, 2014)

Particularmente falando, no momento em que o telefone celular deixa de ser apenas um instrumento de comunicação e passa a agrupar funções várias de computador, nota-se um aumento expressivo na dimensão dos comportamentos desadaptativos. (COSTA; GÓES; ABREU, 2013)

Surge uma nova modalidade de dependência: Nomofobia. Tendo o termo origem na Inglaterra a partir da expressão *no-mobile*, que significa sem celular e unindo-se à palavra *fobos*, do grego, fobia, medo. O termo nomofobia – desconforto ou angústia causados pelo medo de se ficar incomunicável ou pela impossibilidade de comunicação por intermédio do telefone celular estendeu-se posteriormente ao computador ou internet. Basicamente, ficar *off-line* (KING, 2014).

Alguns sintomas da Nomofobia: angústia, desconforto, insegurança e ansiedade por se ver impossibilitado de se conectar à internet, ou ficar sem computador ou sem telefone celular. Sentimentos de ausência e vazio também podem ser observados (KING, 2014).

Segundo King (2014), a nomofobia é apenas um sinal para se alertar sobre a presença de um transtorno primário. Sendo seu tratamento sempre direcionado inicialmente a essa causa, ao diagnóstico primário, o qual leva o paciente a se relacionar abusivamente com as devidas tecnologias. O uso do telefone celular é um meio encontrado para diminuir a angústia, aumentar a sensação de segurança e conforto do paciente com Transtorno de Pânico, por exemplo.

Portadores de transtornos ansiosos, que fazem uso diário desses aparelhos, podem vir a desenvolver nomofobia. Especialmente aqueles que os mantêm ligados

ininterruptamente, os que os levam consigo aonde quer que vão, e na eventualidade de os esquecerem, voltam para buscá-los, os que programam números de emergência em um clique para se sentirem mais seguros (KING, 2014).

Há que se ressaltar que não é o uso diário e por muitas horas que torna a pessoa um dependente patológico. Atualmente, muitos somos dependentes do uso de telefones celulares, para nos comunicarmos, para trabalhar ou demais conveniências que eles nos proporcionam. Entretanto, isso, por si só, não configura dependência patológica. A patologia se configura a partir do momento em que, estando privado de seu objeto de dependência, surgem sintomas e alterações emocionais e comportamentais. Os mais frequentemente observados são: nervosismo, ansiedade, angústia, suor e tremores, entre outros. (KING, 2014)

Na dependência de internet há algumas variações singulares na experiência de tolerância e abstinência. Na tolerância, há diversos fatores no consumo (uso) de internet e outras tecnologias de mídia digital que parecem imitar o que ocorre nas dependências de substâncias. O potencial de dependência de uma substância é aumentado pela rapidez de sua absorção pela corrente sanguínea; parece, também, que o rápido acesso e a curta latência entre clicar e receber imagens, sons e outros conteúdos digitais aumentariam o potencial de dependência de internet. A alta velocidade com que surge a imagem ou o conteúdo desejado parece aumentar sua natureza adictiva – aumentando assim o grau dos sintomas de abstinência. (YOUNG; ABREU, 2011)

A primeira forma validada e crível de medir a dependência da utilização da Internet é o Teste de Dependência da Internet, o “*Internet Addiction Test*” (IAT). Trata-se de um questionário de 20 perguntas que mede os níveis de dependência em baixo, moderado e grave (KING, 2014). Estudos apontam que o IAT “é uma medida fidedigna que abrange as características-chave do uso patológico de internet” (YOUNG e Col, 2011).

Os sintomas nomofóbicos, encontram-se frequentemente associados com transtornos ansiosos, como por exemplo, uma fobia social, o transtorno de pânico, um transtorno compulsivo, entre outros, devendo ser avaliados por especialista. No caso do transtorno do pânico, por exemplo, o celular se mostra como objeto protetor em caso de crise iminente. Na fobia social, faz-se uso da tecnologia como forma de escape, mascarando as dificuldades de interação, proporcionando vínculos que dispensam a temida exposição de falar e interagir pessoalmente. As crenças distorcidas têm papel fundamental na manutenção do comportamento de dependência tecnológica (KING, 2014).

Em todos os casos, supondo-se inclusive a existência de um transtorno primário que antecede a dependência patológica, é necessário que se faça uma avaliação psiquiátrica, considerando o uso de medicação, associado à terapia cognitivo-comportamental (TCC) (KING, 2014).

A TCC surgiu na década de 60, conquistando espaço na área da psicologia clínica, estabelecendo-se como abordagem dominante e eficaz. Ressaltam-se três fundamentos principais nas terapias cognitivo-comportamentais. São eles:

- as atividades cognitivas influenciam os comportamentos;
- a atividade cognitiva é passível de monitoramento e alteração;
- o comportamento desejado pode ser mobilizado através de mudança cognitiva (KING, 2014).

Assim sendo, a cognição e o comportamento são os principais marcadores de mudança, posto que ao se alterar um, se afeta o outro, alcançando objetivos desejados, ainda que mudanças emocionais e fisiológicas também sejam utilizadas na TCC (KING, 2014).

As abordagens em TCC tem se mostrado eficazes nos transtornos de ansiedade (TAG – transtorno de ansiedade generalizada, TP – transtorno do pânico, fobias e TAS – transtorno de ansiedade social), entre outros.

O presente trabalho tem como propósito estruturar uma proposta de intervenção com adolescentes, minimizando os possíveis danos causados pelo uso abusivo do telefone celular, restaurando, ou mesmo possibilitando melhoras significativas na sua saúde física, mental e no convívio interpessoal e social.

## **2 OBJETIVO**

Estruturar uma proposta de intervenção utilizando a terapia cognitivo comportamental para tratamento da nomofobia relacionada ao telefone celular, para indivíduos de idade entre 13 e 17 anos. Concomitantemente será esclarecido o conceito utilizado para nomofobia e a sua relação com alguns dos transtornos primários.

### **3 METODOLOGIA**

Como base para a formulação de intervenção em terapia cognitiva comportamental será utilizada a teoria de Aaron Beck. Para levantamento de aspectos teóricos a respeito de Nomofobia a pesquisa foi feita em livros publicados entre os anos de 2008 e 2018.

O grupo focal para essa proposta de intervenção é formado por indivíduos de 13 a 17 anos – de ambos os sexos, estudantes de escola particular, e o tratamento proposto será validado em trabalho posterior de especialização.

Foram incluídos livros publicados entre 2008 e 2018, publicados em português.

Os critérios de inclusão e exclusão foram: Para as publicações sobre Nomofobia, o intervalo foi de 2008 a 2018. Para as referências de teoria e técnicas da TCC, o intervalo foi ampliado para 2006 a 2018.

## 4 RESULTADOS

Estamos vivendo uma era digital. Há alguns anos temos sido cada vez mais expostos às mídias e o celular é uma delas. Permite que se entre em contato com as pessoas a qualquer momento, não importando a distância. Os jovens, os mais atingidos por esse novo meio de interação, têm dado mais importância aos amigos virtuais – muito mais numerosos, do que aos reais. Dividem com eles intimidades que seriam incapazes de dividir com amigos reais. A facilidade de acesso aliada a algumas dificuldades pessoais torna o celular um meio em que o jovem se sente seguro, protegido. (ABREU, GÓES, 2011)

Há quem faça uso adequado do celular, obtendo dele as vantagens que oferece, sem comprometer sua rotina ou interação social e afetiva. Entretanto, muitas vezes ocorre o uso problemático, e outras, a dependência - estes vêm crescendo nos últimos anos. A linha que divide o uso adequado e patológico é muito tênue e há necessidade cada vez maior de se discutir o assunto e buscar alternativas de avaliação e tratamento.

Quando se fala em uso de celular, inclui-se o uso de internet – pois os aparelhos há muito deixaram de ser apenas um meio para se fazer ligações. Na quinta edição do DSM V (2014), incluiu-se o Transtorno do Jogo pela Internet – o que já pode ser considerado um avanço.

As mudanças sociais decorrentes do avanço das tecnologias e aumento das necessidades de consumo, que colocam as pessoas em novos papéis, por vezes conflitantes - onde público e privado se misturam, tornam cada vez mais imperiosa a comunicação entre as pessoas.

O *smartphone*, equipamento amplamente difundido, faz parte dessas inovações e seu uso, inicialmente justificado e explicado pelas necessidades impostas pela sociedade, pode alcançar padrões prejudiciais, levando ao desenvolvimento da nomofobia.

A nomofobia tem crescido, assim como seus prejuízos na saúde física e mental e social dos indivíduos, apresentando-se como o mais novo transtorno psiquiátrico do século XXI. Em alguns países já é considerada um problema de saúde pública. É



o caso da China, Estados Unidos, Coréia do Sul, Taiwan, entre outros (ABREU, GÓES, 2011).

Assim como na dependência química, a dependência do celular provoca sintomas de abstinência. Estes sintomas variam segundo o indivíduo, mas geralmente inclui protesto verbal quando se é privado da tecnologia, explosões de emoções intensas, frustração, sentimento de perda, separação e o sentimento de ausência, predominando os sintomas de ansiedade. Muitos são os casos de crianças e adolescentes que se tornaram física ou verbalmente violentos ao serem proibidos de se conectarem a internet. (YOUNG, 2011).

Visto que o telefone celular, assim como a internet não são danosos por si mesmos, mas sim pelo seu uso excessivo, diferentemente do tratamento das dependências químicas em que se almeja a abstinência total, deve ficar claro que extinguir a internet da vida dos jovens não é o objetivo deste trabalho. Este consiste em alcançar um padrão de uso moderado, uso controlado e benéfico do telefone celular e demais mídias, para que o adolescente possa desfrutar das facilidades oferecidas, mantendo equilibrada sua vida social, familiar, afetiva e de estudos.

Nomofobia, como já foi dito, consiste no desconforto ou angústia de se estar incomunicável ou *off-line* (desconectado) (KING, 2014).

O celular mudou: antes era um “tijolão jurássico” que fazia ligações. Depois passou a permitir acesso à internet, possibilitando uma infinidade de utilizações. O comportamento das pessoas em relação à utilização do telefone celular, agora chamado de *smartphone*, também mudou. De acordo com os dados fornecidos pelo *Mobile Report* em fevereiro de 2013, 45% dos usuários acessavam o *smartphone* antes de dormir e 29% o utilizavam assim que acordavam.

Comportamentos como isolamento, abandono de atividades extras e do convívio entre amigos e familiares para se manter conectado, causa prejuízo ao indivíduo e sugere uso patológico das mídias, no caso, telefone celular.

## **Dependência normal e patológica**

Ao se falar em dependência, torna-se necessário fazer essa diferenciação. Muitos podem dizer que dependem do celular no dia-a-dia, pois este consiste em forma de comunicação com clientes, por exemplo. Porém, isso não os torna

dependentes patológicos. Dependente patológico não é quem se incomoda por ter se esquecido do celular em casa, ou ter ficado sem bateria no meio do dia. O dependente patológico manifesta sintomas e alterações comportamentais e emocionais quando isso ocorre. Nervosismo, ansiedade, angústia, tremores e suor são alguns destes sintomas que o indivíduo apresenta quando está impossibilitado de usar o aparelho (KING, 2014).

Na Nomofobia, ocorre uso excessivo e compulsivo do *smartphone*, assim como a hipervalorização do mesmo. Algumas tentativas de justificativa baseiam-se na necessidade de segurança e praticidade do aparelho (KING, 2014).

O diagnóstico de dependente patológico deve vir associado a um diagnóstico primário que levou o indivíduo a usar de forma abusiva a tecnologia para enfrentar as dificuldades relativas ao seu transtorno. O laboratório de Pânico e Respiração (LABPR) da UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro, especializado no tratamento de pacientes com transtornos de ansiedade, desenvolveu estudo pioneiro relacionando nomofobia e dependência patológica em relação à internet, redes sociais, *smartphones* entre outros. Observaram que pacientes com Transtorno de Fobia Social apresentavam dependência de redes sociais, fazendo do computador um escudo que os permitia evitar contato social direto – que poderia provocar ansiedade. Outros, com Transtorno do Pânico, encontraram no telefone celular uma forma de se sentirem mais seguros ao sair de casa, desenvolvendo assim, dependência patológica. Pacientes com TOC, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, foram identificados como jogadores compulsivos, dependentes patológicos de jogos *on-line* em computadores. Todos apresentando sintomas nomofóbicos quando na impossibilidade de se conectarem: angústia, ansiedade e desconforto (KING, 2014).

## **Nomofobia e transtornos comórbidos**

No transtorno de ansiedade social (fobia social), o indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquia de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado. Estão inclusas situações sociais como encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas. A ideação cognitiva associada é a de ser avaliado negativamente pelos demais, ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros. (DSM IV, 2014)

A partir desses sintomas, o indivíduo recorre ao uso do celular e internet, pois se sente mais seguro no que se refere ao contato com o outro já que este não perceberá seu rubor, tremores e suores, por exemplo, e não terá como ser avaliado. Segundo King (2014), estudos têm sugerido que portadores do Transtorno de Fobia Social têm maior possibilidade de desenvolver uso patológico da internet e jogos eletrônicos.

Considerando que o uso da internet possibilita uma interação social, ainda que virtual, muito se discute em relação a se essa prática agrava as dificuldades em relação às habilidades sociais, ou se ela serve como um treino para as mesmas, realizado em ambiente tido como seguro pelo indivíduo. (KING, 2014)

No caso do Transtorno de Pânico, os ataques de pânico recorrentes, ou a ameaça deles, mantém o indivíduo em constante estado de alerta. O medo de não poder ser socorrido ameniza se o indivíduo estiver de posse de seu celular. O indivíduo passa então, a manter uma relação de dependência patológica com o aparelho. Patológica porque, no caso de ficar sem bateria, por exemplo, surgirem sintomas físicos ou comportamentais de ansiedade e descontrole como suores, tremores, palpitações e por vezes, um ataque de pânico propriamente dito.

Entende-se como TEOC – Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo, os transtornos obsessivo-compulsivos e demais patologias como os transtornos impulsivos, cuja similaridade se dá por suas características clínicas, fisiopatologia, etiologia e provável resposta terapêutica através de inibidores de recaptação de serotonina, ou forma de avaliação e tratamento clínico. Impulsividade e compulsividade são comorbidades encontradas nesses quadros na forma de compulsões ou atos impulsivos e obsessões. (KING, 2014).

O aumento de mal-estar provocado pelas obsessões leva a comportamentos que visam o seu alívio ou obtenção de prazeres imediatos – os atos compulsivos. (KING, 2014)

Os celulares, com função inicial de suprir necessidade de comunicação, deram lugar aos *smartphones* que passaram a ser usados muito mais por prazer e necessidades pessoais. As inovações tecnológicas e a constante oferta de novos modelos propiciaram o surgimento do consumo compulsivo. A compulsão por celular pode ser definida por sentimentos intensos de prazer e afeto pelo objeto que se torna mais necessário a partir do momento em que há uma falta real a ser suprida – confirmando assim, a existência de um transtorno primário (KING, 2014).

Os portadores de TOC fazem uso do *smatphone* para satisfazer suas necessidades de ordem afetiva e relacionais, medindo-as através da sua utilização. Outras características dos pacientes com TOC são: a verificação excessiva na busca de certeza, repetição, excesso de responsabilidade e adiamento de decisões – sintomas apresentados por até 40% dos pacientes com TOC. Associado ao TOC de verificação, alguns pacientes mostram-se dependentes de enviar e receber mensagens pelo celular, checar a todo o momento onde se encontra o aparelho e se está carregado, assim como se tem sinal da operadora (KING, 2014).

O jogo é um passatempo antigo e só em 1980 foi incluído no DSM-III (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* da Associação Americana de Psiquiatria) classificado como transtorno de controle dos impulsos. O jogo patológico (JP) pode resultar em perda da qualidade de vida, conflitos familiares, sociais, financeiros e legais, já que muitas vezes coloca em risco altas somas de dinheiro, levando a perdas significativas. No Brasil, o JP está em crescimento, ainda que muitos deles sejam ilegais, como máquinas de caça-níqueis, cassinos, bingos e sites de apostas. (KING, 2014)

A disponibilidade de jogos no smartphones e computadores, usados como entretenimento pode facilitar o desenvolvimento do JP, cuja prevalência vem crescendo e deve continuar assim. Mesmo sendo proibido para menores de idade, os adolescentes começam a jogar a partir dos onze anos e meio, e são de duas a quatro vezes mais numerosos do que os adultos envolvidos com JP. Baixo desempenho escolar, conflitos familiares e problemas com a lei estão presentes nesses grupos de maioria masculina (KING, 2014).

A trajetória se inicia com êxitos, seguindo com apostas do que foi ganho. Depois o jogador, acreditando ter sofrido uma “perda ilógica”, tenta recuperar o investimento apostando mais e mais. Segue-se uma elevação de consumo que culminará com o JP (KING, 2014).

A ansiedade faz parte do repertório normal do indivíduo e tem como objetivo uma função adaptativa, porém, quando exagerada, passa a causar sofrimento e comprometer significativamente sua funcionalidade. Alguns sintomas da ansiedade podem ser: preocupações excessivas e incontroláveis em relação a fatos rotineiros e eventos diversos, sensação de ansiedade subjetiva, dificuldade de concentração e/ou realização de atividades do dia-a-dia, irritabilidade, tensão muscular, alterações do sono, cansaço, inquietação. (RANGÉ e Col, 2011)

O Transtorno do Pânico sugere sintomas somáticos que ocorrem nos momentos de crises chamadas de ataques de pânico (AP).

O ataque de pânico (AP) se caracteriza por um período de intenso medo ou desconforto, durante o qual quatro ou mais dos seguintes sintomas se desenvolvem abruptamente e atingem um pico em torno de dez minutos: dispnéia ou sensação de asfixia, vertigem ou sensação de desmaio, palpitações ou taquicardia, tremor ou abalos, sudorese, sensação de sufocação, náuseas ou desconforto abdominal, despersonalização ou desrealização, anestesia ou parestesias, ondas de calor ou frio, dor ou desconforto no peito, medo de morrer, de enlouquecer ou cometer um ato descontrolado. O AP apresenta sempre início súbito e duração de 10 a 30 minutos em média. (KING, 2014)

Além dos sintomas descritos acima, para que possa haver o diagnóstico de TP o paciente deve apresentar o que chamamos de ‘medo do medo’, ou seja, a preocupação de vir a sofrer um AP, caracterizada por uma ansiedade crônica. Essa ansiedade, chamada de antecipatória, leva a um comportamento de esquiva fóbica – quando o paciente evita frequentar os lugares onde já teve um AP, com receio de que se repita. No caso de se evitar locais de onde se supõe seja difícil escapar ou conseguir ajuda na eventualidade de um AP – trata-se de sintoma definido como agorafobia, que por sua vez, está geralmente associada a sintomas de ansiedade psíquica: medo de enlouquecer, se envergonhar, perder o controle, desmaiar ou morrer (KING, 2014).

Considerando o estado de ansiedade crônica e o medo de que algo possa acontecer e de se estar vulnerável, o telefone celular entra como apoio e a idéia de que tornaria possível conseguir ajuda. Os pacientes passam a se sentir mais seguros com o aparelho por perto. Programam números de emergência e os levam inclusive ao se deslocarem entre os cômodos da própria casa, por exemplo. Portanto, desenvolvem a nomofobia, a partir de um transtorno primário – no caso o TP, que predispõe ao uso exagerado e patológico do telefone celular (KING, 2014).

Sendo ou não resultante de um transtorno primário, em que o celular serve de apoio, de proteção, distração ou fuga de alguma situação desconfortável, como é o caso do Transtorno do Pânico – no qual o fato de se ter em mãos o aparelho reduz o medo da vulnerabilidade, e no Transtorno da Fobia Social, no qual se evita o contato pessoal, fato é que, em todos os casos, há crenças disfuncionais e comportamentos desadaptativos a serem revistos (KING, 2014).

Reduzir a angústia, o desconforto, os sintomas ansiosos e a insegurança, por meio de técnicas cognitivo-comportamentais, possibilita a redução da necessidade

sentida pelo adolescente, de recorrer ao aparelho. Mudanças comportamentais, como a introdução de novas atividades na rotina, minimizam as possibilidades de recaída (ABREU 2011).

Algumas técnicas utilizadas são: a psicoeducação, o automonitoramento, a análise de custo benefício, o questionamento socrático, a identificação de pensamentos automáticos disfuncionais, a respiração diafragmática, o relaxamento progressivo, a reestruturação cognitiva, o treino de habilidades de resolução de problemas e das habilidades sociais, treinamento em assertividade, exposição, entre outras (KING, 2014).

Pais ou responsáveis têm papel importante no processo e devem ser orientados a agir assertivamente durante todo o processo dos adolescentes e na manutenção dos ganhos obtidos, mesmo após o encerramento do processo (ABREU, 2011).

Exatamente por não serem, nem o celular nem a internet considerados vilões, pois hoje consistem em formas eficazes de comunicação e instrumentos de trabalho inclusive, deve-se partir do reconhecimento de sua importância e dos benefícios – reais ou imaginários, que o uso do celular agrega à vida do adolescente. (ABREU, 2011).

O tratamento da Nomofobia pode ser individual ou em grupo. Nessa última, poderiam ser facilitadas as interações sociais, ponto onde frequentemente se encontram dificuldades, portanto, esse será o foco do presente trabalho.

## **Proposta de Intervenção**

A presente proposta foi baseada no modelo de Abreu e Góes (ABREU, 2011).

O grupo será selecionado entre adolescentes de escola particular que manifestarem desejo de participar do programa através de inscrição e termo de consentimento dos pais por ocasião de palestra ministrada no colégio. Palestra essa dirigida a pais e alunos, com o intuito de promover a conscientização sobre Nomofobia.

O grupo deve ter em torno de 20 participantes (sorteados entre os inscritos), com idades entre 13 e 17 anos.

O programa:

**No primeiro encontro**, o grupo responde ao inventário de Beck BDI II (BECK, 2012), à Escala MASC – Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças e ao questionário IAT – Teste de Dependência de Internet (ABREU, 2011) e, entre os que obtiverem escore acima de 30 pontos no IAT, serão sorteados 20 e convocados a participar dos demais encontros. O restante receberá devolutiva e encaminhamento para tratamento, psiquiátrico inclusive, se necessário.

A aplicação do inventário de Beck BDI II (BECK, 2012) e da Escala MASC (NUNES, 2018, no prelo), visa auxiliar na avaliação do adolescente e servir de indício para a existência de um transtorno primário. Nesse caso, deve-se fazer o encaminhamento para avaliação por médico psiquiatra e serem tomadas as devidas providências, como o uso de medicação, se indicado.

O programa em si, do qual participarão os 20 sorteados, consiste em 18 a 20 sessões semanais realizadas com os adolescentes e sessões quinzenais paralelas de orientação para os pais dos mesmos.

Os encontros com o grupo de adolescentes terão a duração de uma hora e meia cada e deverão seguir o cronograma, considerando cada item como sendo um encontro:

1. Aplicação do Inventário de Beck (BDI II), da Escala MASC e do IAT – Teste de Dependência de Internet.
2. Apresentação pessoal e da proposta do programa de intervenção.
3. Exploração das facilidades e benefícios do uso do celular e da internet.
4. Conseqüências do uso, queixas de terceiros.
5. Necessidade X Desejo de usar o *smartphone*.
6. Segue-se com o tema anterior para melhor exploração. Enfoque para as sensações obtidas com o uso do aparelho.
7. O que se busca? O que antecede ao uso? Sites ou aplicativos mais freqüentes.
8. Compreensão do mecanismo de gatilho.
9. Levantamento do histórico do problema.
10. Aplicação da técnica da Linha da Vida. Identificação do padrão de comportamento.
11. Psicoeducação sobre os transtornos e modelo TCC.
12. Trabalho com técnicas da TCC, em relação aos temas levantados nas sessões anteriores.

13. Continuação do trabalho...

14. Continuação...

15. Continuação...

Nesse momento faz-se avaliação sobre a necessidade de mais uma ou duas sessões para trabalhar as questões levantadas. Caso se julgue já estar esgotada a demanda, segue-se.

16. Introduzir o conceito e explorar técnicas de habilidades sociais, incentivando os participantes a interagirem mais frequentemente fora do mundo virtual.

17. Aplicação do inventário de Beck (BDI II), MASC e IAT, e *feedback* dos participantes.

18. Encerramento.

A aplicação do Inventário de Beck (BDI II), da Escala MASC e do Teste de Dependência de Internet (IAT – *Addiction Test*) visam identificar o grau de dependência e a possibilidade de outro transtorno como Transtorno de Ansiedade ou Transtorno Depressivo, por exemplo.

O IAT consiste em vinte questões a serem respondidas segundo critérios da escala de Likert de cinco pontos (0 = não aplicável, 1 = raramente, 2 = ocasionalmente, 3 = frequentemente, 4 = geralmente, 5 = sempre), devendo o adolescente, no caso, considerar o tempo que passa *online* em uso recreativo, ou seja, quaisquer outros motivos que não sejam estudo e trabalho.

Depois que todas as perguntas foram respondidas, os números das respostas são somados para obter um escore final. Quanto mais alto o intervalo de pontuação, mais alto o nível de dependência, conforme segue: Intervalo Normal: 0 – 30 pontos, Leve: 31 – 49 pontos, Moderada: 50 – 79 pontos, Grave: 80 – 100 pontos.

Identificados os participantes com escore acima de 30 no IAT e feito o sorteio dos 20 participantes, dá-se início ao programa propriamente dito.

**No segundo encontro** é feita apresentação pessoal dos participantes e uma breve explicação sobre a proposta de intervenção. Esse encontro acontece com os adolescentes dispostos em círculo, sentados no chão em colchonetes apropriados e tem início com uma sessão de relaxamento na qual se explica a importância da respiração diafragmática e a diferença entre essa, lenta e profunda, e a respiração peitoral – curta e superficial, característica de pessoas ansiosas e tensas (RANGÉ, 2011).



Faz-se uma demonstração das duas respirações para que os adolescentes possam verificar as diferenças no movimento do peito e do abdômen. Em seguida, pede-se que os adolescentes se deitem confortavelmente nos colchonetes e dão-se as instruções para o exercício de respiração e relaxamento.

A técnica de relaxamento utilizada é baseada no Relaxamento Progressivo de Jacobson, desenvolvida em 1920. Consiste na progressiva contração e relaxamento de diversos grupos de músculos, sempre prestando atenção às sensações que acompanham os movimentos de contração e relaxamento (RANGÉ, 2011).

**No terceiro encontro**, inicia-se com uma sessão de relaxamento e respiração diafragmática. Esse processo deve se repetir em todos os encontros subsequentes.

Em seguida, ao contrário do que se poderia esperar, abordam-se as facilidades e benefícios do uso do celular e da internet – nesse momento não há nenhuma intenção de mencionar os prejuízos causados, apenas as vantagens de navegar na rede. Essa abordagem tem como propósito a identificação dos participantes e a formação de vínculo. Além de uma rica coleta de dados no que tange a importância e significado da internet na vida de cada um. É através dela, internet, que eles solucionam (ainda que de forma desadaptativa) seus problemas reais, sejam eles de solidão, baixa auto-estima, alterações de humor, entre outros.

O objetivo é que os participantes se identifiquem nas dificuldades vivenciadas na vida real e nas motivações que os levam à internet. Em seguida, **no quarto encontro**, aborda-se as conseqüências do uso. Somam-se a identificação com as queixas de terceiros: pais, familiares em geral, amigos ou namorados/as. As dificuldades vividas por eles são as mesmas.

**A partir do quinto encontro, até o sétimo**, exploram-se as questões da necessidade e do desejo do uso do celular. O que leva o adolescente a usar abusivamente do *smartphone*? O que ele busca? Quais as sensações obtidas? Do que ele se esquia? Quais os sites ou aplicativos mais freqüentados? Pretende-se que, nesse momento, os adolescentes comecem a perceber que optar pela internet nada mais é do que uma tentativa de lidar com situações desagradáveis – de medo, exposição ou pressão, às quais eles não se julgam capazes de responder adequadamente. Eles mesmos devem perceber esse mecanismo de fuga da vida real, onde o que pareciam ser vantagens da rede se mostra agora como alternativas de enfrentamento, ainda que disfuncionais.

Nessa fase deve-se pedir que elejam um colega para lhes servir de apoio entre os encontros – podendo-se chamá-lo de “anjo da guarda”. Esse “anjo” ficará responsável por dar suporte ao adolescente que estiver se sentindo mais frágil no processo e enfrentando alguma situação crítica. Os jovens passarão a ter adicionado à rotina real, uma relação interpessoal positiva e reforçadora, provavelmente inexistente nas vidas deles.

Paralelamente, pede-se que façam um registro semanal onde devem constar as situações que os levam ao uso da internet. Devem constar os registros de necessidades emocionais não atendidas na vida real e que só são satisfeitas no mundo virtual: o que os leva a entrar na internet, por quanto tempo, os pensamentos que ocorrem no momento.

**No oitavo encontro**, espera-se que os adolescentes compreendam o mecanismo de gatilho – quais as situações que os levam a fazer uso da internet de maneira disfuncional, exagerada.

**No nono encontro** cada participante deve fazer um levantamento pessoal do histórico do problema, onde causas e conseqüências do uso da internet fiquem evidentes.

Para enriquecer as observações feitas nas semanas anteriores, faz-se uso da técnica da Linha da Vida – através da qual os padrões de comportamento desadaptativos se tornam ainda mais claros (**décimo encontro**).

**Na sessão de número 11**, faz-se a psicoeducação sobre os transtornos, levando em conta os apresentados pelos participantes através dos inventários e consultas com médico psiquiatra. Nesse momento a compreensão sobre o mecanismo desadaptativo de funcionamento se aprofunda com a introdução dos conceitos básicos da TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental de Beck.

Conceitos como “emoção”, “pensamento automático”, “comportamento”, “respostas: emocional, comportamental e fisiológica”, “crenças”, “distorções cognitivas” (uma lista com explicação de cada uma das distorções), são esclarecidos aos adolescentes, considerando uma linguagem adequada.

A partir daí, passa-se, tendo como base os registros feitos pelos adolescentes, a trabalhar as diversas situações com as técnicas que se fizerem mais adequadas – o questionamento socrático, a análise de custo benefício, a identificação de pensamentos automáticos disfuncionais, *role-play*, respiração diafragmática, relaxamento progressivo, a reestruturação cognitiva, o treino de habilidades de

resolução de problemas e das habilidades sociais, treinamento em assertividade, exposição, entre outras. Sempre incentivando os adolescentes a experimentarem novos comportamentos e formas mais adaptativas de lidar com as questões vivenciadas por cada um, ou por todos. Essas novas vivências passam a fazer parte dos registros e servem de incentivo aos demais colegas, assim como estes os apóiam nas suas dificuldades.

Os participantes devem ser encorajados a se manifestarem para expor suas anotações e participarem das resoluções dos colegas, sempre servindo de apoio e encorajamento para mudança. Os “anjos” devem seguir ativos e serão trocados conforme necessidades deles e dos participantes.

**As sessões seguintes** devem seguir iniciando-se com técnicas de relaxamento e respiração diafragmática e aplicação das técnicas terapêuticas conforme as situações apresentadas nos registros semanais.

O conceito de habilidades sociais é explanado ao grupo e são feitas algumas dinâmicas para que os adolescentes possam vislumbrar diferentes modos de interagir socialmente de modo não virtual (**sessão 16**).

De acordo com a evolução do grupo, pode-se optar por encerrar o processo com dezoito ou vinte sessões, reservando as duas últimas para aplicação do inventário de Beck, MASC e IAT, e feedback dos participantes, e encerramento, respectivamente.

A aplicação do inventário, da escala MASC e IAT tem como objetivo mensurar uma possível mudança nos escores, ainda que a observação do grupo forneça dados sobre.

Os atendimentos aos pais, também com duração de uma hora e meia, porém quinzenais, visam possibilitar que estes sejam capazes de apoiar os filhos, compreendendo suas dificuldades e incentivando as mudanças, através sempre, de uma comunicação efetiva e funcional.

A contribuição dos pais se dá por meio de registros dos comportamentos dos filhos, enumerando os que consideram adequados e inadequados.

Os pais são instruídos a reforçarem os comportamentos adequados e a, se possível, ignorarem os inadequados. Mesmo quando se reage negativamente a um comportamento, isso pode ser reforçador e ajudar a manter o comportamento inadequado.

Anotar as respostas emocionais diante dos comportamentos disfuncionais dos filhos e registrar as possíveis causas do uso abusivo por parte deles, para serem debatidos no grupo, à semelhança do processo com os adolescentes, incentivando a participação de todos.

Debater sobre formas de educar deles e de seus pais, possibilitar chegar a formas mais adaptativas através de resolução de problemas, por exemplo.

Persistência é um item imprescindível quando se pretende efetividade na mudança de comportamento.

Notar momentos de crise e de possível recaída do adolescente, usando da empatia e das técnicas de resolução de problemas para que juntos encontrem a uma resposta mais adequada no que se refere ao uso exagerado do *smartphone*.

**Última sessão:** o processo dos pais termina com *feedback* sobre as experiências vividas nos encontros e com relatos sobre efeitos da redução de uso da internet por parte dos filhos adolescentes(se houver) e seu impacto na vida familiar.

## 5 DISCUSSÃO

Transtornos como Depressão e Ansiedade, assim como o Transtorno de Pânico, vêm se tornando cada vez mais freqüentes na população em geral. Segundo dados de 2014 da OMS, a depressão é a principal causa de incapacidade de jovens na faixa de 10 a 19 anos. O Brasil é, no mundo, o que tem maior prevalência de ansiedade: 9,3%. Em relação à depressão, esse índice é de 5,8%, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (5,9%), Austrália, (5,9%), Estônia (5,9%) e Ucrânia (6,3%). Entre os anos de 2005 e 2015, ainda segundo dados da OMS, houve aumento de 18% no número de indivíduos que vivem com depressão no mundo.

Tendo visto que a nomofobia se desenvolve a partir de um transtorno primário como depressão, fobia social, ansiedade entre outros - se a incidência destes transtornos aumenta, a possibilidade de se desenvolver a nomofobia aumenta também.

Deve-se considerar que o *smartphone* é novidade para a geração dos que hoje são pais. Estes não os tiveram na infância e adolescência e, portanto não têm referência do que seria o uso adequado do aparelho. Não existe um modelo a ser seguido. Por outro lado, a cada dia os aparelhos surgem com mais recursos e mais aplicativos de internet, tornando-se ainda mais atraentes. Por ser usado muitas vezes como ferramenta de estudo ou trabalho, mensurar o que é necessidade ou uso adequado e uso patológico, torna-se ainda mais difícil.

Os pais passam cada vez menos tempo envolvidos em atividades com os filhos. Seja pela carga horária de trabalho, ou simplesmente porque não estão dispostos a interagir com eles, frequentemente estimulam o uso de smartphones ou *tablets* na distração dos filhos com jogos ou vídeos. Por outro lado, a superproteção resultante da situação de insegurança e da mudança dos hábitos de vida tirou as crianças das ruas, impedindo-lhes brincarem livremente e assim, aprenderem sobre empatia e a como lidar com as dificuldades da interação, limites e frustrações – requisitos para o bom desenvolvimento emocional que as protegeria do desenvolvimento da depressão ou transtornos ansiosos, por exemplo.

A superproteção e a negligência dos pais, em relação às necessidades de afeto dos filhos, configuram ambiente propício ao surgimento de quadros

depressivos que por sua vez, como já foi dito, podem levar à dependência patológica dos aparelhos.

Alia-se a essas dificuldades o fato de muitos adultos terem desenvolvido a dependência patológica: Se eles mesmos não conseguem lidar de forma adequada com o smartphone, como poderiam controlar os filhos? Lembrando que dependência patológica implica em sintomas como tremores, suores, ansiedade, nervosismo, angústia, entre outros, na impossibilidade de se estar conectado.

Há algumas poucas décadas, havia nos lares, quando muito, um aparelho de televisão e este se encontrava na sala e toda a família se reunia para assistir aos programas, conversando sobre o que viam. Atualmente, não só o número de aparelhos de televisão cresceu, como cada pessoa tem o seu smartphone e ainda que eventualmente estejam no mesmo ambiente, não interagem entre si.

Entretanto, tendo em vista que a nova geração se comunica especialmente por mensagens de texto, há que se considerar que para os portadores de fobia social, por exemplo, a interação virtual propicia um ambiente mais seguro e portanto, uma nova modalidade de contato onde eles se sentem menos sujeitos à observação e críticas. No caso das mensagens de texto, rubores e suores não podem ser observados, nem hesitações de fala ou tremores próprios do transtorno.

A sociedade vive em constante transformação. Os meios de comunicação tiveram notável evolução nos últimos cento e cinquenta anos. Passamos de cartas escritas e telégrafo à invenção do telefone, o qual possibilitou a comunicação instantânea através da fala entre pessoas distantes geograficamente. A internet permitiu acesso a informações e imagens além de ampliar ainda mais a comunicação à distância e o acesso à vasta informação. O telefone celular portátil revolucionou a comunicação. As pessoas passaram a poder falar umas com as outras onde quer que estejam. Em seguida vieram as redes sociais e os aplicativos.

Diante de tantas inovações, ocorreram mudanças significativas nas formas de relacionamento social. O fato de poder ser encontrado a qualquer momento, o fato de ter contato, ainda que virtual e indireto com desconhecidos, a sensação de segurança por se relacionar à distância minimizando a exposição determinam uma nova modalidade de relacionamento diferente dos antigos padrões de comunicação interpessoal. O smartphone, diferente do telefone fixo, acompanha as pessoas a todos os lugares, seja em casa ou na rua.

A nomofobia aparece como um sinalizador de questões mais sérias, e conseqüência, por exemplo, de dificuldades dos pais em exercer adequadamente seus papéis: suprir seus filhos com atenção, cuidados, afeto e orientação. Essa negligência emocional por parte dos pais, e uma sociedade em crise, permissiva e de jovens sem limites – portanto, sem estrutura para enfrentar as dificuldades inerentes à vida, propicia o aumento de transtornos como a depressão e conseqüentemente, da nomofobia.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda há que se estudar muito sobre o assunto, pois todas essas novas tecnologias provocaram mudanças às quais ainda não nos adaptamos. Não se tem referência sobre o uso em longo prazo, sobre o impacto que esse uso das tecnologias vai provocar nas novas gerações.

Saber discernir sobre o que é vantagem ou desvantagem, bom e ruim, adequado ou excessivo, pede uma reflexão mais apurada sobre as mudanças nas formas de comunicação e conseqüentemente, de interação entre os indivíduos. Hoje causa estranheza entre os jovens, se um deles faz uma ligação de voz, ao invés de mandar mensagem de texto. Essas diferenças devem ser consideradas para que se possa formular padrões de uso adequado e orientar os pais para que estes possam controlar seus filhos.

As novidades, sejam em que esfera forem, muitas vezes são recebidas com receio, e as dificuldades de aceitação levam a preconceitos e críticas. A dependência patológica existe e deve ser tratada. Porém, não se pode condenar a tecnologia, porque alguns não se adequaram ao seu uso de forma saudável.

Se a dependência patológica está ligada a um transtorno primário, ela não é apenas mais um problema, ela é um sinalizador de que algo precisa ser cuidado.

Combater a nomofobia de pouco ou nada adiantará se não forem revistas as relações entre pais e filhos, se a sociedade como um todo não for reestruturada, procurando padrões mais adequados de relacionamentos, se não houver uma revisão sobre limites entre direitos e deveres das crianças e adolescentes. A nomofobia é conseqüência. Não é ela que deve ser combatida em primeira instância, e sim o adoecimento da população.

A nomofobia vem para servir de alerta para as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos. Muitos sofrem de depressão, fobia social e ansiedade, por exemplo, mas essas não são diagnosticadas. A nomofobia aparece como importante sinalizador. É um transtorno sério e necessita de tratamento adequado, pois, principalmente no caso de crianças e adolescentes, fase em que estabelecem hábitos de vida, o desenvolvimento da nomofobia leva a adquirir hábitos não saudáveis que por sua vez predispoem a problemas de saúde física inclusive, como sedentarismo, obesidade, diabetes, entre outros. Para que se alcance êxito no tratamento, há que



se aprofundar mais e mais no assunto, posto que o tema ainda pode ser considerado emergente, dada a sua atualidade e ao fato de os usos e aplicativos vinculados aos *smatphones* estarem em constante expansão.

No caso de adolescentes submetidos a tratamento, é de suma importância o acompanhamento posterior para avaliação e se necessário, implementação de novas medidas terapêuticas. Os smartphones são parte do cotidiano, não se pode nem se pretende extingui-los. Fazem parte da comunicação entre as pessoas, usados nos estudos e como ferramenta de trabalho. Essa exposição pode levar mais facilmente a recaídas. Portanto, há que se monitorar para, em caso de recaída, promover-se medidas adequadas de tratamento o mais rapidamente possível, evitando assim, maiores danos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cristiano N. de; EISENSTEIN, Evelyn; ESTEFENON, Susana Bruno. VitalBook **Vivendo Esse Mundo Digital**. ArtMed, 2013.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-comportamental Teoria e Prática** 2ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013

KING, Anna Lucia Spear; NARDI, Antonio Egidio; SILVA, Adriana Cardoso. E-book Kindle. **Nomofobia: dependência do computador, internet, redes sociais? dependência do telefone celular?** Atheneu, 2015.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de Terapia Cognitiva** Porto Alegre ArtMed, 2006

RANGÉ, Bernard e Col. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais um diálogo com a psiquiatria** 2ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

ROLLNICK, Stephen; MILLER, William R.; BUTLER, Christopher C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde**. Porto Alegre: ArtMed, 2009

YOUNG, Kimberly S.; de ABREU, Cristiano Nabuco e Col. **Dependência de Internet Manual e Guia de Avaliação e Tratamento** Porto Alegre: ArtMed, 2011

BECK, Aaron; STEER, Robert A.; BROWN, Gregory K. Adaptação Brasileira GORENSTEIN, Clarice, et al - **BDI-II – Inventário de Depressão de Beck**, 2ª ed. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017

MARCH et al., 1997; validação brasileira NUNES, Michelle Moreira, 2018, no prelo **Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC**

## ANEXO 1

### Teste de Dependência de Internet (IAT – *Addiction Test*)

O IAT consiste em vinte questões a serem respondidas segundo critérios da escala de Likert de cinco pontos (0 = não aplicável, 1 = raramente, 2 = ocasionalmente, 3 = frequentemente, 4 = geralmente, 5 = sempre), devendo-se considerar o tempo que se passa *online* em uso recreativo, ou seja, quaisquer outros motivos que não sejam estudo e trabalho.

1. Com que frequência você descobre que ficou conectado mais tempo do que pretendia?
2. Com que frequência você negligencia tarefas domésticas para passar mais tempo conectado?
3. Com que frequência você prefere a emoção da internet à intimidade com seu parceiro ou parceira?
4. Com que frequência você estabelece novos relacionamentos com outros usuários da rede?
5. Com que frequência as pessoas que fazem parte da sua vida se queixam da quantidade de tempo que você passa *online*?
6. Com que frequência suas notas ou tarefas escolares sofrem devido ao tempo que passa conectado?
7. Com que frequência você verifica seus *e-mails* antes de alguma outra coisa pra fazer?
8. Com que frequência seu desempenho ou produtividade no trabalho sofre por causa da internet?
9. Com que frequência você se defende ou mantém segredo quando alguém lhe pergunta o que faz na internet?
10. Com que frequência você bloqueia pensamentos perturbadores sobre sua vida substituindo-os por pensamentos tranquilizadores sobre a internet?
11. Com que frequência você se percebe antecipando o momento em que estará conectado novamente?
12. Com que frequência você acha que a vida sem internet seria chata, vazia e sem alegria?

13. Com que frequência você explode, grita ou fica irritado quando alguém o importuna enquanto está conectado?
14. Com que frequência você perde horas de sono por ficar conectado até muito tarde à noite?
15. Com que frequência você se preocupa com a internet quando está desconectado ou fantasia que está conectado?
16. Com que frequência você se descobre dizendo “Só mais uns minutos” quando está conectado?
17. Com que frequência você tenta diminuir a quantidade de tempo que passa conectado e não consegue?
18. Com que frequência você tenta esconder quanto tempo ficou conectado?
19. Com que frequência você escolhe passar mais tempo conectado em vez de sair com as pessoas?
20. Com que frequência você se sente deprimido, mal-humorado ou nervoso quando está desconectado e isso desaparece quando volta a se conectar?

(ABREU, 2013)

## **Termo de Responsabilidade Autoral**

Eu **Cláudia Galves Castilho**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**Nomofobia e Adolescência**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do (a) Aluno (a)