

SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.
2017 Jan.-Mar.;13(1):52-59
DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i1p52-59
www.eerp.usp.br/resmad

Artigo de Revisão

Tratamento de fobia social em adultos: considerações a respeito da inserção da família em programas psicoeducacionais¹

Silvia Sztamfater²
Mariângela Gentil Savoia²

Contexto: a participação da família na recuperação psiquiátrica é um facilitador importante. Objetivo: mostrar a visão geral atual de estudos psicoeducacionais relacionadas ao envolvimento da família no tratamento da fobia social. Método: uma revisão sistemática de literatura foi realizada baseada nas bases de dados VHL, PsycInfo e SciELO. Foram considerados estudos em adultos entre 18 e 65 anos de idade com condições concomitantes, exceto transtornos de personalidade e psicose. Foram incluídos todos os tipos de estudo e diferentes intervalos de tempo das medidas de resultados. Resultados: as bases de dados exibiram uma quantidade baixa de estudos envolvendo psicoeducação familiar para fobia social. Discussão: a literatura recente evidencia um número muito baixo de estudos abordando a participação familiar no tratamento da fobia social. Conclusão: foram encontrados somente estudos com pacientes adolescentes.

Descritores: Transtornos Fóbicos; Família; Cuidadores; Adulto.

¹ Artigo extraído de Tese de Doutorado "O impacto da participação da família no tratamento de fóbicos sociais adultos" apresentada a Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² PhD, Pesquisadora, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:
Silvia Sztamfater
Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas, Instituto de Psiquiatria
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-903, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: silvia180373@gmail.com

Treatment of social phobia in adults: considerations regarding family insertion within psychoeducational programs

Context: The family's participation in the psychiatric recovery is an important facilitator. **Objective:** To show the current overview of psychoeducation studies related to family involvement in the treatment of social phobia. **Method:** A systematic literature search was performed based in the VHL database, PsycINFO, and SciELO. Studies in adults between 18 and 65 years with comorbid conditions except personality disorders and psychosis were considered. All kinds of studies and different time intervals of outcome measures were included. **Results:** Databases showed low number of studies involving family psychoeducation in social phobia. **Discussion:** Recent literature shows very small amount of studies approaching family participation in the treatment of social phobia. **Conclusion:** It was found only studies with adolescent patients.

Descriptors: Phobic Disorders; Family; Caregivers; Adult.

Tratamiento de fobia social en adultos: consideraciones sobre la inserción de la familia en programas psicoeducacionales

Contexto: La participación de la familia en la recuperación psiquiátrica es un facilitador importante. **Objetivo:** Mostrar el panorama actual de estudios psicoeducacionales relativos al involucramiento de la familia en el tratamiento de la fobia social. **Método:** Una pesquisa de literatura sistemática fue realizada con base en el banco de datos VHL, PsycINFO y SciELO. Fueron considerados estudios en adultos entre 18 y 65 años con condiciones comórbidas, excepto disturbios de personalidad y psicosis. Fueron incluidos todos los tipos de estudios y diferentes intervalos de tiempo de las evaluaciones del resultado. **Resultados:** la banca de datos mostraron un bajo número de estudios envolviendo la psicoeducación familiar en la fobia social. **Discusión:** La literatura actual presenta una cantidad pequeña de estudios que abordan la participación de la familia en el tratamiento de la fobia social. **Conclusión:** Fueron encontrados estudios apenas con pacientes adolescentes.

Descritores: Trastornos Fóbicos; Familia; Cuidadores; Adultos.

Fobia social: discussão das evidências

A maioria dos indivíduos tem eventualmente vivenciado algum nível de ansiedade, preocupação ou medo em várias situações sociais, como antes de um primeiro encontro, entrevista de emprego ou discurso público, entre outros. Pode ser considerado um traço normal a ser abordado no cotidiano da vida pessoal que não afeta o resultado esperado gerado

pela situação real.⁽¹⁾ Inversamente, o medo é um legado evolutivo cujo valor positivo e adaptativo está sempre sendo considerado.⁽²⁻⁴⁾

No entanto, para alguns indivíduos, o medo e a ansiedade são sentimentos intensos e persistentes capazes de afetar suas vidas ao levá-los a evitar a situação temida e, portanto, influenciando e interferindo com a vida social e profissional do indivíduo. Na avaliação, esses indivíduos geralmente

são diagnosticados com fobia social ou transtorno de ansiedade social.^(1,3,5-7) Indivíduos com fobia social exibem dificuldade para serem integrados em relacionamentos interpessoais e/ou no desempenho situacional, causada pela sua preocupação exagerada em ser observado e avaliado por outros e eventualmente por ter apresentado comportamento inadequado e constrangedor devido à presença persistente de sentimentos de ineficácia, reprovação e rejeição. Pessoas fóbicas se culpam pelos seus próprios problemas e acham que ninguém será capaz de compreendê-los.⁽⁸⁾ Como consequência, a pessoa fóbica se sente sozinha e distanciada dos outros.

Um grande número de autores⁽⁹⁻¹²⁾ tem aceitado que a pesquisa sistemática de fobia social começou a ser considerada relevante somente no final da década de 1980, e por causa da falta de informação da sociedade e o silêncio daqueles afetados, a doença permaneceu sem diagnóstico. Como a fobia social só recentemente tem sido identificado como um transtorno distinto, pesquisas clínicas e novas drogas medicinais terapêuticas certamente levarão a novos desenvolvimentos a respeito desse transtorno.⁽⁹⁾

Além da falta de informação relacionada à fobia social como um transtorno específico, sintomas psiquiátricos como ansiedade, isolamento social e depressão não são tão bem aceitos quanto as manifestações da doença, que frequentemente são consideradas como sendo controladas deliberadamente pelos indivíduos afetados.⁽¹³⁾ Nessa perspectiva, a dor ou sofrimento do fóbico social ou até o sofrimento dos outros afetados por transtornos de ansiedade poderiam ter sido facilmente evitados⁽⁹⁾ caso os “mitos” ligados a esses tipos de transtornos fossem elucidados pela legitimação da doença psiquiátrica⁽¹³⁾, a saber, o fornecimento de informações sobre o diagnóstico, sintomas e resultados esperados.

Atualmente, alguns estudos exibiram prevalência de até 13%.⁽¹²⁾ Normalmente, manifestações de fobia social ocorrem durante o período de adolescência. No entanto, em alguns casos, até crianças de sete ou oito anos são afetados, infelizmente com um prognóstico menos que esperançoso.⁽¹⁴⁾

O conhecimento do profissionais a respeito dos transtornos de fobia social certamente influenciará a terapia do paciente, uma vez que é provável que a doença imponha algumas restrições sobre o estilo de vida deste. Portanto, baseado nessas considerações, ao comparar o perfil do fóbico social ao dos sujeitos-controle, surgem como pessoas economicamente desfavorecidas com baixo nível de educação, solteiras, dependentes de outros e afetadas por outros

transtornos mentais, com dificuldade de manter um emprego, baixo desempenho no trabalho e isolamento social causada por habilidades sociais inaceitáveis, apoio social deficiente e ideação suicida.^(10,12)

Inserção familiar em patologias psiquiátricas

Desde o início do último século, a doença mental tem sido um tópico de estudo ativo. Em 1921, algumas análises foram direcionadas à influência da psicopatologia no funcionamento familiar.⁽¹⁵⁾ No entanto, foi somente no final da década de 1950 e início dos anos 60 que estudos mais aprofundados foram realizados para elucidar o impacto causado pela doença mental de um membro familiar sobre a família. No final da década de 1980, estudos foram intensificados com o desenvolvimento dos critérios DSM III e DSM III-R.⁽¹⁵⁾ Atualmente, o papel da família pode ser considerado como sendo o do cuidador. Por causa da desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico, houveram mudanças na reabilitação do paciente, como o estabelecimento do papel da família como uma figura central neste processo. No entanto, esse novo papel tinha que ser executado com pouca ou nenhuma informação qualquer sobre a etiologia da doença, o tratamento psiquiátrico prévio, ou até a forma de lidar com os sintomas do paciente.⁽¹⁶⁾

Aproximadamente 50% a 90% dos pacientes psiquiátricos vivem dentro do seu ambiente familiar⁽¹⁷⁾ e, conseqüentemente, o principal cuidador familiar também pode ser afetado pelas suas responsabilidades e vir a sofrer efeitos mentais negativos como ansiedade, depressão, medo e culpa, além de ter dificuldade para se comunicar com o paciente.^(13,16,-21) Com base nesses problemas do cuidador e por causa de investigações recentes sobre o tema, novas estratégias têm sido desenvolvidas para facilitar o cargo do cuidador.⁽²⁰⁾ No entanto, mesmo depois dos últimos avanços na área de tratamento psiquiátrico, alguns serviços de saúde mental são capazes de fornecer programas de apoio específicos para cuidadores. Mesmo hoje, o papel da família pode ser considerado como sendo de custódia apenas.⁽¹³⁾

Ao ter contato diário com o paciente psiquiátrico, os familiares devem ser capazes de relatar seus conhecimentos adquiridos ao assistir aquele tipo de paciente; infelizmente, os cuidadores têm pouquíssimas oportunidades para trocar suas experiências com a equipe multiprofissional assistente e, além disso, geralmente são submetidos a uma interação frustrante e desordenada com os serviços de cuidados mentais.^(16,22) Muitas vezes, o

sucesso da interação entre o profissional e o cuidador é impedido pela falta de atenção fornecida aos relatos dos cuidadores das suas experiências; no entanto, alguns estudos declaram que intervenções que não consideram as necessidades específicas dos cuidadores não são tão eficazes quanto aqueles que facilitam os meios para lidar com tais necessidades.⁽²³⁾ Atualmente, o objetivo da reabilitação psiquiátrica é ajudar pacientes crônicos a desenvolverem suas habilidades emocionais, intelectuais e sociais a fim de estarem preparados para a vida na sociedade, uma vez que, ao alcançar essa etapa, os pacientes devem ter a capacidade de trabalhar ou estudar, bem como acesso livre à ajuda profissional sempre que necessário. Recentemente, o paradigma saúde-doença sofreu alterações com respeito ao campo de patologias psiquiátricas em que pacientes crônicos previamente considerados incapacitados são vistos hoje como indivíduos disfuncionais que necessitam de apoio profissional e familiar em sua readaptação à vida social.⁽¹⁹⁾

Para readaptar o paciente para a vida em sociedade, é necessário reintegrá-lo ao Mercado de trabalho, uma vez que tarefas ocupacionais provaram ser benéficos para tais pacientes.⁽²⁴⁻²⁵⁾ Tarefas de trabalho podem levar ao desenvolvimento profissional, expandir contatos sociais, elevar a autoestima do indivíduo, melhorar sua qualidade de vida e também facilitar a independência econômica do indivíduo, assim como sua integração social.

Investigações relacionadas⁽²⁶⁻²⁹⁾ mostram que além da habilidade dos pacientes para executar tarefas de trabalho, eles também podem aprender uma grande variedade de habilidades sociais, especialmente quando aplicadas à vida cotidiana.

Recentemente, o estudo de habilidades sociais tem se tornado um método popular de reabilitação que inclui envolvimento tanto da família quanto da comunidade, apesar do fato que tal treinamento representa um esforço de longo prazo.^(19,26,28-30)

Geralmente, o tratamento psiquiátrico é realizado dentro do ambiente natural do paciente. Porém, alguns estudos corroboram com a ideia que os pacientes psiquiátricos ainda são designados como “diferentes” apesar do movimento de desinstitucionalização^(17-18,31-33). Consequências geradas por esse tipo de discriminação incluem a dificuldade de inserir o indivíduo no mercado de trabalho, restrições financeiras, poucos relacionamentos sociais e baixa qualidade de vida, todos os quais são aspectos desfavoráveis para uma readaptação satisfatória à sociedade.

Portanto, medidas adequadas como a instrução e treinamento de grupos psicoeducacionais sobre saúde mental devem incluir membros familiares e cuidadores, pois os resultados obtidos por esse tipo de educação não serão suficientemente bem-sucedidos sem sua inclusão no processo de reabilitação do paciente.⁽³⁴⁾

Psicoeducação e família: visão geral atual e perspectivas de pacientes com fobia social

Até o momento, poder-se-ia observar que havia algumas melhorias nos programas de reabilitação para a reinserção social do paciente psiquiátrico. Esse movimento é baseado na família como uma figura ativa e central na readaptação do paciente.

Uma nova técnica de desenvolvimento – a intervenção familiar psicoeducacional – procura atender às necessidades tanto do paciente quanto de sua família. A técnica psicoeducacional foi aplicada primeiramente em cuidadores de pacientes esquizofrênicos e desde a década de 1990 seu uso foi expandido para o tratamento de outras patologias como o síndrome bipolar e casos de depressão.^(13,35) Alguns programas psicoeducacionais foram desenvolvidos nas últimas duas décadas, direcionados aos familiares de cuidadores em diferentes formatos como duração temporal, local de treinamento, tipo de abordagem e forma de participação: família individual, grupos de famílias ou as duas possibilidades alternadamente.⁽³⁵⁾

Esse método procura educar o cuidador sobre aspectos e procedimentos relacionados ao tratamento do paciente, bem como sua capacidade de desenvolvimento, habilidades esperadas, evitação de recaída da doença, estratégias de resolução de problemas e companheirismo harmonioso.⁽³⁵⁾ Estudos realizados em diferentes países mostram que a psicoeducação fornece aos cuidadores níveis elevados de satisfação, diminui o cargo familiar, promove maior aderência e aceitação do paciente ao tratamento, reduz a preocupação e frustração do cuidador e diminui os níveis de recaídas e reinternações hospitalares.^(16,36-40)

Apesar da sua natureza crônica e incapacitante e dos altos níveis de incidência populacional, ainda é escasso o número de estudos sobre participação familiar e apoio impactante no tratamento de pacientes com transtornos de ansiedade. Porém, resultados de pesquisas relacionados a sintomas compulsivo-obsessivos e estresse pós-traumático⁽⁴¹⁾ confirmam que a participação familiar é eficaz no tratamento daqueles pacientes.⁽⁴²⁾ Mesmo com

evidência comprovada que esse tipo de intervenção é eficaz em transtornos de ansiedade, outras patologias relacionadas a esse transtorno, como por exemplo o síndrome de fobia social, ainda são ignoradas.⁽⁴¹⁾

Dadas todas estas considerações, o apoio dos familiares atualmente é o fator mais importante para facilitar a recuperação do paciente psiquiátrico. Esse apoio pode ser realizado através da participação da família em um programa psicoeducacional, cujo estudo científico comprovou consistência para esse propósito.⁽³⁵⁾

Este artigo foi preparado para mostrar a atual visão geral dos estudos de psicoeducação relacionados à participação de familiares no tratamento de pacientes com fobia social.

Método

Uma pesquisa sistemática foi realizada dentro da literatura relacionada utilizando as bases de dados Virtual Health Library (VHL), PsycInfo e SciELO até 2014, cruzando as palavras “psychoedu*”, “social phobia” e “family”. Os seguintes tipos de estudo eram elegíveis: estudos de caso, ensaios clínicos, ensaios cruzados, revisões sistemáticas, metanálises e

observacionais (grupo).

Critérios de inclusão: estudos envolvendo pacientes adultos (18-65 anos) com fobia social cujos familiares também participam no tratamento.

Comorbidades: aceitamos estudos com comorbidade médico ou psiquiátrico, excluindo transtornos de personalidade e transtornos psicóticos.

Tipos de intervenção: intervenções psicossociais.

Cronometragem da avaliação dos resultados: estudamos os resultados de tratamentos em três prazos:

- curto-prazo: menos de três meses após a conclusão do tratamento;
- médio-prazo: de três a nove meses após a conclusão do tratamento;
- longo-prazo: nove ou mais meses após a conclusão do tratamento.

Resultados

Todas as bases de dados consideradas exibem um número baixo de pesquisas envolvendo psicoeducação social para fobia social conforme exibido na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de estudos envolvendo família e psicoeducação em pacientes adultos com fobia social e principais bases de dados, São Paulo, SP, Brasil, 2014.^(a)

Transtorno	Bases de Dados		
	VHL	SciELO	PsycInfo
Fobia Social	1	0	4

^(a)Esta tabela foi construída considerando o cruzamento de termos descrito em Método.

Discussão

A literatura recente contém uma quantidade muito baixa de estudos abordando a participação familiar no tratamento de fobia social em crianças e adolescentes⁽⁴³⁻⁴⁷⁾, mas nenhum estudo abordando a participação familiar no tratamento de pacientes adultos. Somente um estudo semelhante⁽⁴³⁾ foi encontrado através do PubMed, mas este meramente descreveu a sistematização de investigações realizadas sobre transtornos de ansiedade em adolescentes e, ao mesmo tempo, enfatizou a importância dos médicos familiares corretamente avaliarem, diagnosticarem e tratarem transtornos de ansiedade envolvendo comportamentos de evitação e oposição em indivíduos adolescentes.

Quatro referências encontradas pelo PsycInfo⁽⁴⁴⁻⁴⁷⁾ também são direcionadas a adolescentes ou crianças com somente uma referência exibindo uma natureza

intervencionista. É uma intervenção baseada na escola, desenvolvida especificamente para jovens estudantes e utilizando terapia em grupo com foco no treinamento de habilidades sociais e acadêmicas, assim como terapia individual. Os pais podem participar em duas reuniões psicoeducacionais abordando fobia social e fornecer informações adequadas relacionadas tanto ao tratamento quanto à forma de lidar com a ansiedade da criança. As reuniões também são frequentadas pelos professores que aplicam as informações adquiridas em sala de aula. Outro estudo⁽⁴⁵⁾ descreve o caso de uma garota adolescente de 13 anos de idade cuja infância foi afetada por dificuldades interacionais e que se recusou a frequentar a escola. Utilizando uma descrição publicada, o caso é discutido; o tratamento e terapia prescritos são analisados, enquanto psicoeducação, escola e envolvimento familiar, exposição, modelagem, interpretação de papéis e

reestruturação cognitiva também são abordados. A terceira⁽⁴⁶⁾ referência relata um caso de mutismo seletivo (dissertação), enquanto a quarta⁽⁴⁷⁾ referência cita passagens de um livro sobre terapia de fobia. Ambas referências informam sobre as novas técnicas aplicadas.

No caso específico de fobia social em adultos, é de grande importância seguir um programa psicoeducacional visualizando os aspectos com quais o cuidador deve lidar:

- Pessoas morando com um paciente com fobia social devem ajudar ou ensiná-lo(a) comportamentos como a necessidade de procurar um emprego, sair de casa, falar em público e interagir com outras pessoas, pois todos esses comportamentos são ligados ao desempenho individual ou relações interpessoais;
- A legitimação da doença ajudaria as famílias e a comunidade a melhor entender a fobia social ao eliminar ou diminuir comportamentos prejudiciais ou de rejeição, fazendo com que o paciente esteja ciente de que ele(a) não é culpado(a) pelas suas dificuldades e que os outros podem compreendê-las;
- Se a recuperação atualmente envolve o treinamento de habilidades sociais, é fundamental que os membros familiares saibam da sua importância, pois uma das principais características da fobia social é a falta dessas habilidades. Portanto, os familiares poderiam agir como facilitadores na aquisição de tais habilidades, o que ajudaria o paciente fóbico na reinserção social;
- Readaptação à vida cotidiana, legitimação da doença e a aquisição de habilidades sociais permitiriam ao paciente ser inserido no mercado de trabalho e adquirir independência financeira, assim como melhorar seu ambiente social;
- A aderência do paciente fóbico ao tratamento é muito insatisfatório.⁽⁴⁸⁾ No entanto, tratamentos farmacológicos ou psicoterapêuticos são comprovadamente eficazes; portanto, é da maior importância que os membros familiares estejam informados dessas formas de tratamento e da sua significância para a recuperação do paciente. Os pacientes devem ser constantemente motivados para continuar seus tratamentos, e a melhor forma é através do apoio e compreensão familiar.

Conclusão

A fobia social, como transtorno, somente recentemente foi estudado de forma aprofundada pelos campos psiquiátricos e psicológicos, enquanto poucas investigações têm abordado o tipo de cuidado que a família deve proporcionar ao paciente fóbico.

Estudos envolvendo o apoio familiar geralmente lidam com pacientes adolescentes – com 16 ou 17 anos – e eventualmente tais estudos, somente envolvendo um grupo de sujeitos, não são adequadamente documentados ou não seguem protocolos corretamente. O envolvimento dos familiares nos cuidados do paciente adulto é vital, pois a fobia social é uma doença crônica e, sem intervenção clínica, pouca chance de melhoria pode ser observada; deve ser continuado ao longo da vida do paciente e associado às consequências negativas causadas pelas perdas funcionais do paciente.

Este estudo identificou tendências na produção das pesquisas de campo consideradas, além de sugerir perspectivas de continuidade para futuros projetos de pesquisa na área.

Referências

1. Falcone E. Ansiedade Social e ansiedade fóbica: limites e fundamentos etiológicos. *Rev Psiquiatr Clín.* (São Paulo). 2000;27(6):301-8.
2. Eizirik CL. Ansiedade como sintoma e fenômeno de adaptação na sociedade contemporânea. *Rev ABP-APAL.* 1990;12(1/4):19-24.
3. Takei EH, Schivoletto S. Ansiedade. *RBM Rev Bras Méd.* 2000; 57(7):655-70.
4. Novick-Kline P, Turk CL, Mennin DS, Hoyt EA, Gallagher CL. Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2005;19(5):557-72.
5. Hope DA, Heimberg R. Fobia social e ansiedade. In: Barlow DH. *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 119-60.
6. Savoia MG, Barros Neto TP. Tratamento psicoterápico da fobia social – abordagem comportamental cognitiva. *Rev Psiquiatr Clín.* 2000;27(6):335-9.
7. Barros Neto TP. Fobia Social: perfil clínico, comorbidade e diagnóstico diferencial. *Rev Psiquiatr Clín.* 2000;27(6):309-15.
8. Silva ABB. *Mentes com medo: da compreensão à superação.* São Paulo: Integrare Editora; 2006.
9. Ross J. *Vencendo o medo: um livro para pessoas com distúrbios de ansiedade.* São Paulo: Agora; 1995.
10. Knowles JA, Mannuzza S. Heritability of Social Anxiety. In: Stein MB. *Social phobia: clinical and research perspectives.* Washington: American Psychiatric Press; 1995. p. 147-61.
11. Markway BG, Carmin CN, Pollard CA, Flynn T. *Morrendo de vergonha.* São Paulo: Summus; 1999.
12. Caballo VE. *Manual de avaliação e treinamento das*

habilidades sociais. São Paulo: Santos; 2003.

13. Yacubian J. Psicoeducação familiar [monografia]. São Paulo: Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1997.
14. Isolani L, Pheula G, Manfro GG. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007;34(3):125-32.
15. Lange A, Schaap C, Widenfelt B. Family therapy and psychopathology: developments in research and approaches to treatment. *J Family Ther.* 1993;5(2):113-46.
16. Pickett-Schenk SA, Cook JA, Steigman P, Lippincott R, Bennett C, Grey DD. Psychological well-being and relationship outcomes in a randomized study of family-led education. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(9):1043-50.
17. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36(11):553-6.
18. Tsang HW, Tam PK, Chan F, Cheung WM. Sources of burdens on families of individuals with mental illness. *Int J Rehabil Res.* 2003;26(2):123-30.
19. Rössler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry.* 2006;5(3):151-7.
20. Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry.* 2005;18(6):672.
21. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Daban C, Sánchez-Moreno J. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *J Affect Disord.* 2006;94(1-3):157-63.
22. Hatfield AB. Psychological costs of schizophrenia to the family. *Soc Work.* 1978;23(5):355-9.
23. Pollio DE, North CS, Foster DA. Content and curriculum in psychoeducation groups for families of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 1998;49(6):816-22.
24. Harding CM, Strauss JS, Hafez H, Lieberman PB. Work and mental illness. I. Toward an integration of the rehabilitation process. *J Nerv Ment Dis.* 1987;175(6):317-26.
25. McElroy EM. Sources of distress among families of the hospitalized mentally ill. *New Dir Ment Health Serv.* 1987;(34):61-72.
26. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1996;153(5):607-17.
27. Wallace CJ, Tauber R. Supplementing supported employment with workplace skills training. *Psychiatr Serv.* 2004;55(5):513-5.
28. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Mintz J. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2002;159(5):829-37.
29. Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 2004;27(4):375-91.
30. Liberman RP, Kopelowicz A. Teaching persons with severe mental disabilities to be their own case managers. *Psychiatr Serv.* 2002;53(11):1377-9.
31. Bhugra D. Attitudes towards mental illness. A review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;80(1):1-12.
32. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2000;177:396-401.
33. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J.* 2004;40(3):265-74.
34. Klinitz H. Psychoeducation in schizophrenic disorders--psychotherapy or "infiltration"? *Psychiatr Prax.* 2006;33(8):372-9.
35. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, Mueser K, Miklowitz D, Solomon P, Sondheim D. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv.* 2001;52(7):903-10.
36. Xiang M, Ran M, Li S. A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *Br J Psychiatry.* 1994;165(4):544-8.
37. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2001;27(1):73-92.
38. Sherman MD. The Support and Family Education (SAFE) program: mental health facts for families. *Psychiatr Serv.* 2003;54(1):35-7.
39. Dixon L, Lucksted A, Stewart B, Burland J, Brown CH, Postrado L, McGuire C, Hoffman M. Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(3):207-15.
40. Lukens EP, McFarlane W. Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief. Treat. Crisis Interven.* 2004;4(3):205-25.
41. Kalra H, Kamath P, Trivedi JK, Janca A. Caregiver burden in anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21(1):70-3.
42. Diamond G, Josephson A. Family-based treatment research: a 10-year update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(9):872-87.
43. Garland EJ. Rages and refusals. Managing the many faces of adolescent anxiety. *Can Fam Physician.*

2001;47:1023-30.

44. Fisher PH, Masia-Warner C, Klein RG. Skills for social and academic success: a school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2004;7(4):241-9.

45. Kearney CA, Drake KL. Social Phobia. In: Hersen M. *Clinical behavior therapy: Adults and children.* Hoboken, NJ, US: John Wiley; 2002. p. 326-44.

46. Savoian JR. An exploration of a multimodal approach for treating selective mutism [dissertation]. San Diego, US: California School of Professional Psychology; 1999.

47. Lindemann C. *Handbook of phobia therapy: Rapid symptom relief in anxiety disorders.* Lanham, MD, US: Jason Aronson; 1989.

48. Malerbi FK, Savoia MG, Bernik MA. Aderência ao tratamento em fóbicos sociais: um estudo qualitativo. *Rev. bras.ter. comport. cogn.* 2000;2(2):147-55.