



Rodrigo Leão Ferreira do Nascimento

Insight implícito no Transtorno Bipolar

Dissertação de mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Orientador: Prof. Daniel Correa Mograbi

Rio de Janeiro

Março de 2018



Rodrigo Leão Ferreira do Nascimento

Insight implícito no Transtorno Bipolar

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Daniel Correa Mograbi

Orientador

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Jesus Landeira Fernandez

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Elie Cheniaux Júnior

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Profa. Monah Winograd

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 05 de abril de 2018.

Todos os direitos reservados. E proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem a autorização da universidade, do autor e do orientador.

Rodrigo Leão Ferreira do Nascimento

Graduou-se em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 2016 com experiência de iniciação científica na área de neuropsicologia clínica.

Ficha Catalográfica

Nascimento, Rodrigo Leão Ferreira do

Insight implícito no transtorno bipolar / Rodrigo Leão Ferreira do Nascimento ; orientador: Daniel Correa Mograbi. – 2018.

86 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2018.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Insight. 3. Insight implícito. 4. Autoconsciência. 5. Transtorno bipolar. 6. Teste de Associação Implícita. I. Mograbi, Daniel Correa. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Daniel Mograbi, gostaria de agradecer profundamente pelo voto de confiança e por todo o suporte ao longo de todo este projeto. Sua orientação e conselhos foram indispensáveis para que esse trabalho tenha sido concluído com êxito.

Ao Professor J. Landeira-Fernandez, o meu muito obrigado pelas contribuições teóricas fornecidas ao longo do projeto.

Ao Prof. Elie Cheniaux, os meus agradecimentos pelo suporte oferecido no atendimento aos pacientes bipolares e por compartilhar o conhecimento da área de forma tão precisa.

Ao Prof. Felipe Sudo, pela gentil colaboração no projeto.

Ao Dr. Rafael Assis, pelo apoio oferecido ao longo desta pesquisa assim como pelos conhecimentos compartilhados acerca da população estudada.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelo auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos funcionários PUC-Rio, os meus sinceros agradecimentos, em especial aos funcionários do Departamento de Psicologia. Sem o auxílio deles, essa caminhada seria muito mais difícil.

Aos amigos do Mograbilab, o meu muito obrigado por compartilharem um espírito científico de pesquisa inspirador e excitante. Em especial gostaria de agradecer por toda a ajuda da Dr^a Elodie Bertrand que teve uma contribuição inestimável para que este projeto fosse concluído de forma satisfatória e aos integrantes da equipe de pesquisa, Pâmela Indeli, Ticiania Sampaio, Fernanda Alves e Camila Garbin.

À Dr^a Elizabeth Vallier, o meu agradecimento por ter me ajudado com o suporte médico necessário ao longo desta jornada.

À minha família, o meu muitíssimo obrigado por todo o carinho e suporte ao longo deste processo. O apoio de vocês foi mais do que fundamental para que esta etapa tenha sido concluída.

Aos meus amigos e amigas, um enorme agradecimento por tudo. Em especial, gostaria de agradecer à Julia, Joana, Rafael, Monique, Anderson, Angela Jamieson e à Erika tanto pela amizade quanto pela companhia oferecidas ao longo desses dois anos.

Resumo

Leão Ferreira do Nascimento, Rodrigo; Mograbi, Daniel Correa (Orientador). **Insight implícito no Transtorno Bipolar**. Rio de Janeiro, 2018. 86p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Prejuízo de *insight* costuma ser reportado no Transtorno Bipolar (TB), sobretudo quando os pacientes viram para o pólo maníaco do transtorno. Essa falha na consciência verbal dos déficits, sinais e sintomas do transtorno pode vir acompanhada de uma forma de *insight* implícito, que é a demonstração indireta de algum nível de conhecimento sobre a doença ou uma deficiência com perda parcial ou total de reconhecimento verbal. Dois estudos foram conduzidos para verificar as relações entre as formas de *insight* explícito e implícito no TB. Para isso, foi utilizado um modelo teórico conhecido como “The Cognitive Awareness Model” (CAM), que permite investigar dissociações nos padrões de consciência implícita e explícita. No primeiro estudo, os participantes foram avaliados em relação à uma série de variáveis clínicas, incluindo uma medida de *insight* explícito, além de uma medida de *insight* implícito com estímulos ligados à depressão e à mania. No segundo estudo, os participantes foram igualmente testados em relação às variáveis clínicas, incluindo uma medida de *insight* explícito, além de uma medida de *insight* implícito com estímulos ligados à condição de saudável e doente. Os resultados de ambos os estudos apontaram para diferenças nas medidas de *insight* explícito entre os grupos de maníacos e eutímicos, e demonstraram diferenças no tempo médio de reação para auto-associações implícitas para condição. A partir desses resultados, pode-se sugerir que os pacientes em mania se autoavaliam explicitamente de forma similar aos pacientes em eutímia, o que pode trazer prejuízos na adesão ao tratamento, ao passo que os pacientes bipolares apresentaram uma forma de *insight* implícito tanto para os sintomas quanto para a condição de doente avaliadas.

Palavras-chave

insight; insight implícito; autoconsciência; transtorno bipolar; mania; depressão; teste de associação implícita.

Abstract

Leão Ferreira do Nascimento, Rodrigo; Mograbi, Daniel Correa (Advisor). **Implicit insight into Bipolar Disorder**. Rio de Janeiro, 2018. 86p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Lack of insight is usually reported in Bipolar Disorder (TB), especially when patients have seen the manic pole of the disorder. This lack of verbal awareness of deficits, signs and symptoms of the disorder may be accompanied by an implicit insight, which is the indirect demonstration of some level of knowledge about the disease or a disability with partial or total loss of verbal recognition. Two studies were conducted to verify the relationships between explicit and implicit forms of insight into TB. For this, a theoretical model known as "The Cognitive Awareness Model" (CAM) was used, which allows to investigate dissociations in the patterns of implicit and explicit consciousness. In the first study, participants were assessed for a number of clinical variables, including an explicit insight measure, as well as an implicit insight measure with depression and mania-related stimuli. In the second study, participants were also tested for clinical variables, including an explicit insight measure, as well as an implicit insight measure with stimuli linked to healthy and ill status. The results of both studies pointed to differences in measures of explicit insight between the manic and euthymic groups and demonstrated differences in mean reaction time for implied self-associations for condition. From these results, it can be suggested that patients in mania explicitly self-evaluate in a similar way to patients in euthymia, which can lead to impairment in adherence to treatment, whereas bipolar patients presented an implicit insight for symptoms and for the patient's condition evaluated.

Keywords

insight; implicit insight; self-consciousness; bipolar disorder; mania; depressão; implicit association test.

Sumário

1. Introdução	10
1.1. Transtorno bipolar	10
1.2. Insight	11
1.3. Insight implícito, Memória e Humor	15
2. Objetivos	22
3. Sessão de artigos	23
3.1. Artigo 1: <i>Insight</i> explícito e implícito sobre sintomas no Transtorno Bipolar	24
3.2. Artigo 2: Medidas de <i>insight</i> explícito e implícito sobre a condição no Transtorno Bipolar	42
4. Discussão geral	61
5. Referências bibliográficas	64
6. Anexos	72

Lista de Tabelas

Artigo 1

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos participantes.. 40

Artigo 2

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos participantes. 59

Lista de Abreviações

AHP – Anosognosia para Hemiplegia

CAM – Cognitive Awareness Model

CCMs – Cognitive Comparator Mechanisms

CGI-BP – Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças versão 10

DA – Doença de Alzheimer

DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais versão 5

HAM-D – Hamilton Depression Scale

MA – Memória Autobiográfica

MAS – Metacognitive Awareness System

MCM – Memória Congruente ao Humor

ME – Modelo Explanatório

IAT – Teste de Associação Implícita

ISAD – Insight Scale for Affect Disorder

PANSS-p – Positive and Negative Syndrome Scale, positive symptom subscale

PDB – Personal Database

TB –I – Transtorno Afetivo Bipolar tipo I

TB-II – Transtorno Afetivo Bipolar tipo II

YMRS – Young Manic Rating Scale

1 - INTRODUÇÃO

1.1. Transtorno Bipolar

Nos dias atuais, o Transtorno Afetivo Bipolar (TB) pode ser definido como um transtorno mental que causa mudanças não usuais de humor, energia, níveis de atividade, e na habilidade de realizar as tarefas do cotidiano (National Institute of Mental Health, 2015). Sendo a sua prevalência em torno de 1 a 2,5% na população (National Institute of Mental Health, 2015), embora este número possa subir para 5% da população (Grande, Berk, Birmaher, & Vieta, 2016), caso a proposta de espectro bipolar (Akiskal & Pinto, 1999) seja adotada. O diagnóstico é feito com base no exame clínico, não havendo exames físicos capazes de detectar a sua presença (Vieta & Phillips, 2007). Essencialmente, esta população clínica, de natureza psiquiátrica, costuma apresentar variações de humor que vão desde a mania até a depressão (Grande et al., 2016). Dentre as inúmeras especificidades que compõem as apresentações clínicas dos pacientes com TB, tanto a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10), quanto o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), dividem esta entidade nosológica entre dois tipos principais, TB-I e TB-II, além das formas ciclotímica, episódio misto e não especificado.

O TB-I é composto, essencialmente, pela presença de um quadro maníaco, com humor aumentado ou irritado, aumento da energia, distraibilidade, redução da necessidade de sono, aceleração do pensamento e agitação psicomotora, por um período igual ou maior do que uma semana (Passos, Mwangi, Vieta, Berk, & Kapczinski, 2016). Por sua vez, o TB-II se constitui, basicamente, de um quadro hipomaníaco em conjunto com os demais critérios diagnósticos supracitados, mas por um período igual ou maior do que quatro dias (Hawke, Provencher, & Parikh, 2013), além de ser caracterizada pela intensidade mais leve dos sintomas. Faz-se importante ressaltar que pacientes bipolares apresentam episódios de depressão, em geral, em maior número do que episódios de mania, sendo importante destacar o papel da depressão nesse transtorno. Em relação à sua etiologia, as hipóteses atuais consideram que a interação entre histórico familiar – componente genético - (Leverich et al.,

2002; Rybakowski, 2014) e fatores psicossociais estressores (e. g. trauma precoce)(Leverich et al., 2002), constituem pistas para que se avance em termos do estabelecimento de uma relação de causalidade para a abertura destes quadros (Craddock & Sklar, 2013). Contudo, até o presente momento, ainda não há consenso sobre as causas da bipolaridade (Aldinger & Schulze, 2016).

A nosografia destes dois tipos de TB varia em termos de idade inicial de apresentação (Dell’Osso et al., 2016), prognóstico (Ives C. Passos, Kapczinski, Quevedo, Kauer-Sant’Anna, & Kapczinski, 2015), predominância de sexo (Nivoli et al., 2011), comprometimento cognitivo (Bora, 2016) e outras variáveis a serem discutidas posteriormente. Dentre as variáveis citadas anteriormente, o comprometimento cognitivo tem sido documentado em um grande número de estudos com pacientes bipolares (Quraishi & Frangou, 2002), sendo encontrado em uma variedade de domínios neuropsicológicos, marcadamente no monitoramento da memória de trabalho, controle inibitório e “*shifting*”, inclusive em períodos de eutimia (Bourne et al., 2013).

A importância de dados sobre aspectos gerais de comprometimento cognitivo entre as diversas doenças e transtornos é importante em muitos sentidos. Um deles, diz respeito à relação entre o grau deste comprometimento e o prejuízo de *insight* que estes pacientes podem apresentar (Assis, 2015). A falta de consciência sobre os déficits causada por danos no cérebro ou processos neurodegenerativos têm sido demonstrada em diferentes condições neurológicas, incluindo: hemiplegia, hemianopia, afasia, e transtornos de memória. Este prejuízo de consciência pode ter grande impacto na vida desses pacientes, predizendo um pior prognóstico (Orfei et al., 2007), menor aderência ao tratamento (Patel & Prince, 2001), e maior exposição a comportamentos de risco (Starkstein, Jorge, Mizrahi, Adrian, & Robinson, 2007). Somado a isto, a falta de consciência está associada com maior sofrimento pessoal entre os parentes e cuidadores (Seltzer, Vasterling, Yoder, & Thompson, 1997).

1.2. *Insight*

Este fenômeno, conhecido como *insight*, foi definido na literatura psiquiátrica, em meados do século XX, como sendo uma correta atitude para mudanças mórbidas em si mesmo (Babinski, 1934). Contudo, antes de

prosseguir é preciso esclarecer que o significado desse conceito para a Psiquiatria é diferente daquele concebido na Psicologia, onde o *insight* é usualmente entendido como uma solução de problemas que ocorre de forma inesperada seguida de um impasse, sendo distinta de processos de linguagem (Schooler et al., 1993). Dito isto, prosseguimos dizendo que o estudo desta função vinha sendo fortemente desenvolvido entre os neurologistas desde o século XIX, através de sua disfunção (anosognosia) (Lewis, 1934; Mograbi & Morris, 2014). Isto acontece, pois, a anosognosia, ou seja, a falha na capacidade do indivíduo de avaliar criticamente o seu estado mental, é bastante presente entre pacientes neurológicos como, por exemplo, aqueles que sofrem com a Doença de *Alzheimer* (DA) (Morris & Mograbi, 2013).

Consoante à uma recente revisão de literatura (De Assis Da Silva, Mograbi, Landeira-Fernandez, & Cheniaux, 2014), a estrutura do *insight* tem sido alvo de algumas reformulações ao longo de sua história. O motivo principal destas mudanças consiste no crescente número de evidências que apontam para uma estrutura heterogênea do *insight* (Marková & Berrios, 1992; Mograbi & Morris, 2014; De Assis Da Silva, Mograbi, Bifano, Santana, & Cheniaux, 2016), que passou a ser tratado como uma variável multidimensional ao invés de binária (De Assis Da Silva et al., 2014). No entanto, o curso da evolução do conceito de *insight* não se restringe à mudança do entendimento entre sua presença/ausência ou dimensões (Reddy, 2016). Em uma fase intermediária, concebeu-se que esta função possuiria uma dimensão que poderia variar da completa negação (grau 1) até um verdadeiro *insight* emocional (grau 6). Este modelo incorporava o entendimento da sua causação devido à fatores internos ou externos (Reddy, 2016).

Recentemente, o *insight* também tem sido debatido através de uma visão mais social, voltada para a antropologia (Jacob, 2016). Nela, faz-se uma crítica aos modelos multidimensionais de *insight* tradicionais que refletiriam uma visão circunscrita à um modelo biomédico, e que desconsiderariam as crenças do paciente em relação a si ou em relação à doença. Portanto, atribuindo a um maior ou menor nível de *insight* à congruência entre a resposta do paciente e o referencial trazido pelo médico (Jacob, 2016). Esta visão diz que o *insight* consiste num Modelo Explanatório (ME), a compreensão de que

tanto um episódio de doença quanto o seu tratamento são construídos por todos aqueles implicados no processo clínico (Bhui & Bhugra, 2002). Sendo assim, tanto o *insight* quanto outras ME's sobre doenças mentais estão baseadas em sistemas de crenças socioculturais prevalentes em determinadas culturas e regiões (Bhui & Bhugra, 2002; Jacob, 2016).

Do ponto de vista da evolução do debate, independente da crítica estabelecida pela visão mais antropológica do tema, a ideia de uma multidimensionalidade desta função tem sido a mais empregada (Marková & Berrios, 1992; Mograbi & Morris, 2013a; Reddy, 2016; De Assis Da Silva et al., 2016). A raiz desta mudança de tratamento deriva-se de dois fatores: (1) da abordagem do *insight* como um conceito relacional ou “intencional”, sendo sempre possível compreendê-lo em relação a algo e, portanto, este ‘algo’ é o objeto do *insight* (Marková & Berrios, 1992). Esta perspectiva vai de encontro ao entendimento da consciência, em termos gerais, como a consciência de algo. Teoria que teve a sua origem na fenomenologia e prevê a existência da consciência sempre em função de um objeto (Gallagher & Zahavi, 2005); (2) e à diferenciação entre consciência e atribuição, oriundo da Teoria da Atribuição (Mythri & Sanjay, 2016). Em linhas gerais, as teorias atribucionistas diferenciam os fatores causais entre internos e externos na explicação de um comportamento individual (Forsterling, 1988). Assim, quando uma atribuição interna é aplicada ao comportamento, considera-se que o indivíduo exerce controle sobre o resultado de sua ação. Quando uma atribuição externa é feita, um fator situacional, fora do controle do indivíduo, é considerado o promotor da resposta (Forsterling, 1988).

A partir desta mudança na conceituação do *insight*, passou-se ao desenvolvimento de instrumentos que permitem a mensuração dos seus graus em relação a objetos distintos, tais como a condição em si, sintomas ou funcionamento social (Marková & Berrios, 1992). Um grande impacto desta mudança de conceituação refere-se à avaliação clínica, aumentando o grau de especificidade no tratamento e diagnóstico de diferentes doenças e transtornos (De Assis Da Silva et al., 2014). Entre os pacientes com demência, esta variabilidade na apresentação e a gravidade da anosognosia têm sido estudadas, pois alguns pacientes tornam-se completamente alheios aos seus déficits e ao

diagnóstico, enquanto outros com quadros mais leves, conseguem reconhecer a presença de deficiências, apesar de ou minimizá-los ou atribuírem a causa ao envelhecimento normal (Bertrand et al., 2016; Ibáñez, Velásquez, Caro, & Manes, 2013; Morris & Mograbi, 2013).

Em relação ao *insight* no TB, sabe-se que há um prejuízo recorrente entre aqueles que mudam para o pólo maníaco do transtorno (Silva, R., et al., 2014); de modo inverso, há um aumento de *insight* na medida em que estes pacientes vão para o pólo depressivo do transtorno (Silva, R., et al., 2015). A falta de *insight* entre pacientes bipolares pode ser bastante prejudicial para a formulação adequada do seu diagnóstico (Silva et al., 2013). Tendo em vista, sobretudo, que uma das características da fase hipomaníaca do transtorno é o aumento de energia, em um contexto laboral, o indivíduo que trabalha excessivamente por dias a fio acaba sendo alvo de validação social, o que complica ainda mais o reconhecimento deste comportamento como um sinal por parte do indivíduo (Assis, 2015). Neste sentido, entender como o *insight* varia entre tais pacientes torna-se uma tarefa importante. Apesar disso, até a década de 90, este tema vinha sendo objeto de poucas investigações (de Assis da Silva et al., 2014).

Entre pacientes com demência, a consciência sobre déficits pode variar de forma independente em relação às atividades diárias, cognição, estados de humor e relações sociais (Mograbi & Morris, 2013a); um importante aspecto do *insight* entre pacientes com DA (ao menos na fase inicial) é a sua relação com estados de humor, pois a depressão parece ser um fator que aumenta a consciência de deficiências neste grupo (Bertrand et al., 2016; Mograbi & Morris, 2013b). Neste sentido, dois estudos recentes demonstraram que pacientes com DA apresentam uma forma de aumento de consciência sobre suas deficiências após serem expostos à condição de fracasso, numa tarefa em que as chances de sucesso e fracasso são manipuladas, com efeito para memória (Bertrand et al., 2016) e de forma implícita (Morris & Mograbi, 2013). A partir destes achados, torna-se importante entender melhor como se estabelecem as relações entre os tipos de *insight*, os processos mnêmicos e as emoções.

1.3. Insight implícito, Memória e Humor

Conforme dito anteriormente, inúmeros quadros clínicos implicam na ausência de consciência por parte do sujeito sobre alterações em seus funcionamentos cognitivo, social ou, ainda, na condição clínica em si. Esta ausência de consciência, habitualmente, é descrita em função de avaliações de natureza explícita, como o autorrelato (De Assis Da Silva, 2015). Embora estes pacientes apresentem desconhecimento sobre tais alterações, um crescente número de evidências sugere que tais indivíduos apresentam, de modo concomitante, registros implícitos destas mudanças (Bertrand et al., 2016; Fotopoulou, Pernigo, Maeda, Rudd, & Kopelman, 2010; Mograbi & Morris, 2013a; Nardone, Ward, Fotopoulou, & Turnbull, 2007). Esta forma de *insight* implícito já vinha sendo levantada através de evidências anedóticas (Nardone et al., 2007), sobretudo, por meio de observações clínicas que vêm sugerindo que pacientes com DA e outros transtornos, mesmo diante da ausência de reconhecimento verbal sobre alterações em seu estado de saúde, ainda expressam comportamentos emocionais que parecem revelar algum grau de processamento daquelas informações (Mograbi & Morris, 2013a).

Assim, o tema do *insight* implícito começou a ser explorado de forma experimental, sobretudo em pacientes com hemiplegia ou com demência. De modo que um grupo de pacientes anosagnósicos para hemiplegia (AHP), pessoas que sofreram um dano neurológico central que, aparentemente, não tem a capacidade de reconhecer deficiências motoras contralaterais, foi alvo de um estudo que utilizou medidas explícitas e implícitas como forma de avaliação de *insight* (Nardone et al., 2007). O estudo demonstrou um viés atencional, numa tarefa de interferência, para palavras emocionais ligadas à hemiplegia; sendo encontradas diferenças nos padrões diferenciais de tempo de reação entre pacientes hemiplégicos com ou sem anosognosia, e destes com o grupo controle. Isto, segundo os autores, sugere a presença de uma forma de processamento implícito de informações ligadas à hemiplegia, mesmo na ausência do reconhecimento verbal destas. No mesmo artigo, a hipótese explicativa conferida para esta divergência entre respostas explícitas e

implícitas foi atribuída à negação, como um mecanismo defensivo, utilizado por estes indivíduos apoiado na ideia de supressão de memória.

Um estudo posterior àquele, também investigando a anosognosia para hemiplegia por meio de um viés emocional, também encontrou evidências de um processamento implícito entre estes pacientes (Fotopoulou et al., 2010). Os pesquisadores utilizaram uma tarefa de inibição para investigar o processamento implícito para material relacionado às deficiências, além do uso de escalas para avaliar o processamento explícito do mesmo material entre pacientes hemiplégicos com ou sem anosognosia para hemiplegia. O principal achado comportamental foi que os pacientes com AHP apresentaram maior latência nas tarefas em relação aos não anosagnósicos em todas as condições. Além disso, o estudo encontrou diferenças na análise das lesões para pacientes com AHP, em relação aos hemiplégicos-controle, envolvendo principalmente a parte anterior da ínsula, áreas motoras inferiores, estruturas dos gânglios basais, estruturas límbicas e matéria branca densa.

Apesar de incipiente, o tema do *insight* implícito tem sido alvo de debates, especialmente, após uma extensa revisão organizada sobre o assunto contendo evidências clínicas e experimentais que apresentam este fenômeno de forma mais ampla (Mograbi & Morris, 2013a). Nela, é proposta a definição do *insight* implícito como uma demonstração indireta de algum nível de conhecimento sobre a doença ou uma deficiência com perda parcial ou total de reconhecimento verbal (Mograbi & Morris, 2013a). Do ponto de vista teórico, esta forma de *insight* estaria apoiada na ideia de processamento em paralelo, segundo a qual uma parcela do material processado pelo cérebro é feito a despeito da consciência explícita do sujeito (Mograbi & Morris, 2014). Sendo, a causa desta ocorrência, uma consequência da arquitetura natural do cérebro (Mograbi & Morris, 2013a).

De acordo com os autores (Mograbi & Morris, 2013a), os estudos sobre AHP referem-se tanto à referências simbólicas quanto à ajustes motores inesperados para esta população, como por exemplo, segurar um objeto pesado de forma diferente da esperada para uma pessoa que faria com as duas mãos. De sorte que o prejuízo de *insight*, e a consequente manifestação implícita de

consciência sobre estas alterações, se dá de forma distinta entre as diferentes populações clínicas, como os pacientes com DA. Os autores discutem estas divergências em função de áreas cerebrais díspares afetadas; falhas nas vias implicadas na produção de consciência explícita (potencialmente na metacognição), com subsequente manutenção de uma rota alternativa: emocional, subcortical e mais “automática” na geração de respostas comportamentais, como as reações faciais; sendo, uma terceira alternativa, a presença de duplas representações, uma envolvendo um “*conscious awareness mechanism*” e outra relacionada à uma regulação emocional e comportamental direta em resposta à tarefas de sucesso e fracasso, por exemplo.

Na mesma revisão literária (Mograbi & Morris, 2013a), os autores discutem as possíveis explicações da origem, manutenção e funcionamento desta forma de consciência implícita a partir de um modelo teórico criado por Agnew & Morris (1998) e reformulado por Morris & Mograbi (2012), conhecido como “The Cognitive Awareness Model” (CAM). Tanto por prever um modelo integrativo de processos de memória, emoção e consciência, quanto por discutir potenciais áreas do cérebro envolvidas no seu funcionamento, ele tem sido amplamente discutido e utilizado para investigar a falta de consciência de morbidade e seus processos subjacentes (Bertrand et al., 2016; Mograbi & Morris, 2014; Ryals & Voss, 2013).

Em um recente artigo de revisão (Mograbi & Morris, 2013a), foi discutida a potencial dissociação entre a reatividade emocional implícita e a expressão global da consciência, a partir de estudos com pacientes hemiplégicos e com DA. Esta dissociação entre padrões implícitos e explícitos de processamento está na base do modelo de LeDoux (1996), criado nos anos 90, que prevê uma rota dual para o processamento de informação emocional, levando ou a uma forma mais elaborada e consciente, ou a uma outra forma mais fugaz e menos específica, baseada em estruturas subcorticais. A partir desta perspectiva, essencialmente, o CAM postula uma ligação entre o *self*, que é concebido como um conjunto complexo de objetivos ativos e autoimagens associadas (Conway, 2005), mecanismos cognitivos de comparação e a memória autobiográfica resultando na ausência ou presença da metacognição e/ou ainda de uma via alternativa (implícita) (Mograbi & Morris, 2013a).

Isto é possível, segundo os seus autores, pois o CAM prevê o monitoramento de informações de desempenho relativas à realização de uma tarefa por meio de *Cognitive Comparator Mechanisms* (CCMs) que contrastam tais informações com aquelas armazenadas no *Personal Database* (PDB). O PDB consiste num sistema de armazenamento de informações especializado no funcionamento atual do indivíduo; após a comparação, este *output* gera uma atualização do PDB (no caso de haver um desencontro entre as informações), que é seguida para um mecanismo conhecido como *Metacognitive Awareness System* (MAS), que é a instância do modelo relativa à metacognição. Esta cognição da cognição (Metcalf, 2013) começou a ser explorada de forma sistemática nos anos 70, ganhando força a partir das décadas de 80 e 90 (Inchausti, Jou, & Mara, 2004) e pode ser definida como a capacidade de avaliar o sucesso de processos cognitivos (Metcalf, 2013). Este é o mecanismo necessário para o provimento de consciência sobre a tomada de decisão, em casos de falha há prejuízo de *insight* (Mograbí & Morris, 2013a).

Neste modelo, a consciência autoconsciente, que permite aos indivíduos a viagem no tempo, ou seja, evocar lembranças de eventos passados e imaginar cenários futuros (Anderson, Baddeley & Eysenck 2011), possibilita ao *self* o acesso aos conhecimentos armazenados na memória autobiográfica (MA); que é um processo cognitivo que engloba experiências pessoais episódicas passadas e de semântica pessoal (Boulanger, Lejeune, & Blairy, 2013). Dentre outras características, a MA é definida como apresentando três funções: otimizar o funcionamento social, auxiliar nas atividades de planejamento através da resolução de problemas e implementação de comportamentos adequados, além de, finalmente, garantir a continuidade do *self* ou identidade (Bluck, 2003). Estes grupos de memórias, frequentemente, consistem de experiências muito emocionais, as quais são lembradas mais vividamente e esquecidas de forma mais lenta do que eventos neutros (Buchanan, 2007).

Neste sentido, de acordo com o CAM, se os CCMs estiverem suficientemente preservados, informações sobre o desempenho, que são atualizados no PDB, podem levar esta avaliação de caráter emocional ao MAS, embora nos casos de prejuízo de *insight*, onde existe uma falha nos processos subjacentes que dão suporte ao MAS, ou ainda no caso de uma falha primária

da metacognição (Mograbi & Morris, 2013b), exista uma rota concomitante ao MAS, de natureza implícita. Esta hipótese apoia-se em observações clínicas que têm indicado que a perda de consciência pode ser acompanhada por sinais implícitos de compreensão ou representação (Mograbi & Morris, 2013b). Neste sentido, tal rota se refere à uma forma de reatividade emocional não-implícita que provê evidências de uma forma de consciência implícita, definida como uma demonstração indireta de algum nível de conhecimento sobre um déficit ou doença a despeito da ausência total ou parcial de reconhecimento da mesma (Mograbi & Morris, 2013a).

Como resposta às formulações teóricas realizadas por estes autores, Ryals & Voss (2013), disseram que existem paralelos entre o fenômeno da consciência implícita e achados recentes da pesquisa em neurociência cognitiva demonstrando desempenho preservado em testes de memória implícita à despeito da ausência de consciência sobre o real desempenho entre tais participantes. Neste sentido, os comentadores, sugerem o uso da metodologia de testagem dos processos de memória implícita a fim da obtenção de medidas de *insight* implícito, tendo em vista que a anosognosia aproxima-se de inúmeros temas da pesquisa em memória implícita, incluindo a distinção entre desempenho, na presença ou ausência de consciência; na possibilidade da consciência do desempenho como um fenômeno gradativo; além do imenso número de processos que não prescindem da consciência explícita.

Em linhas gerais, os sistemas de memória implícita compreendem a facilitação de desempenho em tarefas por meio de informação apresentada previamente, sem requerer a recuperação consciente (Graf & Schacter, 1985). Conforme um recente artigo de meta-análise (Gaddy & Ingram, 2014), que buscou explorar a relação entre depressão, memória congruente ao humor (MCM) e memória implícita, a literatura contém uma série de tarefas para medição congruente ao humor implícita nesses pacientes. Sendo possível dividi-las em tarefas baseadas em processos perceptivos (e. g. identificação de palavras, e tarefas de anagramas) e, tarefas baseadas em processos conceituais (e. g. associação livre e geração de palavras). Ainda de acordo com os autores, um dado importante encontrado na revisão refere-se à informação auto-relevante como um maximizador do tamanho de efeito da recuperação de

palavras negativas em depressivos, quando comparado com grupos não-depressivos.

As implicações desta última evidência são importantes, maiormente por contrariar a tese de Watkins e colaboradores (2000), que postula ser o efeito de congruência de humor na memória implícita derivado de um processamento mais profundo do material conceitualmente codificado. Pelo contrário, no artigo, Gaddy & Ingram (2014), encontraram evidências que suportam a ideia de que este efeito de humor na memória implícita se dá a partir da codificação de informação auto-relevante, mas sem que este processamento seja elaborado.

Em relação à recuperação de palavras positivas, o artigo encontrou evidências de que grupos não-depressivos estão associados com recuperação preferencialmente implícita para palavras positivas, comparados com o grupo de pacientes depressivos, embora o tamanho de efeito encontrado tenha sido pequeno. Neste grupo, de forma similar à recuperação de palavras negativas, a profundidade de processamento na codificação não impactou a congruência de humor para memória implícita. O artigo destaca, ainda, o fato de a exclusão de participantes com transtornos de ansiedade e bipolares ter diminuído o tamanho de efeito da recuperação de informação positiva na memória implícita. Além disso, a exclusão destes grupos não gerou impactos na recuperação de informações negativas. Desse modo, os autores ressaltam que possíveis explicações deste fenômeno necessitam de mais estudos da MCM na memória implícita entre bipolares, já que há escassez de pesquisas sobre o tema.

Medidas de natureza implícita vêm sendo adotadas em protocolos de pesquisa de Psicologia Experimental. Dentre estas, o da Psicologia Social, que através do paradigma do Teste de Associação Implícita (IAT) buscou entre outras propostas, mensurar a atitude implícita no racismo (Nosek, Banaji, & Greenwald, 2002), auto-estima (Greenwald & Nosek, 2003), estereótipos (Greenwald & Banaji, 1995) e outros assuntos da área. Atitudes implícitas são manifestadas por ações ou julgamentos que estão fora do controle automático da avaliação ativada, sem que haja consciência de causalidade por parte do indivíduo (Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). Em consonância com as teorias associativas da aprendizagem e das representações, o IAT se baseia na

premissa de que dar uma resposta comportamental (e. g. pressionar uma tecla) quando esta reflete dois conceitos associados entre si é mais fácil do que, ao contrário, quando estes demandam respostas distintas (Greenwald et al., 1998). Este mesmo paradigma também tem sido utilizado em outros contextos, como o psicopatológico (De Houwer, 2002; Glashouwer & de Jong, 2010), sendo empregado para avaliar vieses cognitivos em diferentes transtornos psiquiátricos, como o transtorno obsessivo-compulsivo (Victoria & Fontenelle, 2011) e a depressão (Glashouwer & de Jong, 2010). Até o atual momento, um único estudo utilizou o IAT em pacientes com TB (Jabben et al., 2014).

Num artigo recente, Jabben e colaboradores (2014), utilizando um paradigma conhecido como IAT (Greenwald & Banaji, 1995), que mede memória implícita em diversos contextos, inclusive psicopatológico (Glashouwer & de Jong, 2010; Jabben et al., 2014), encontraram evidências de que tanto pacientes com depressão unipolar quanto bipolares, numa tarefa onde eles precisam associar palavras para: euforia, depressão, eu e outro, apresentaram: (1) fortes auto-associações depressivas, tanto explícitas quanto implícitas, comparadas aos controles; (2) discrepâncias fortes para auto-associações, implícitas e explícitas, na comparação entre bipolares em relação aos pacientes com depressão unipolar e controles. Portanto, concluem os autores, faz-se possível sugerir que auto-associações negativas automáticas seriam uma característica geral dos transtornos de humor, havendo uma dissociação entre auto-associações, implícitas e explícitas, em pacientes bipolares. Sendo assim, relevante entender como se dão os efeitos das emoções sobre os tipos de memória existentes.

Diante do que foi trazido até então, esta pesquisa buscou, por meio de dois estudos, expandir a compreensão das diferentes formas de *insight* no Transtorno Bipolar. O primeiro estudo vai utilizar o IAT para correlacionar a presença/ ausência de sintomas com o atual estado de humor dos pacientes; o segundo vai investigar a capacidade de reconhecer a ausência/presença da condição de estar saudável, conseqüentemente estando doente, de acordo com o estado de humor. Juntos, estes dois estudos foram projetados para ajudar a esclarecer as complexas relações existentes entre emoções, memória e consciência considerando a heterogeneidade do *insight*.

2 – Objetivos

Com base na fundamentação teórica proposta acima, o presente trabalho, por meio de dois artigos experimentais tem os seguintes objetivos:

- investigar o grau de consciência implícita sobre sintomas entre pacientes bipolares.
- avaliar o grau de consciência implícita sobre a condição entre pacientes bipolares.

3. SESSÃO DE ARTIGOS

Insight explícito e implícito sobre sintomas no Transtorno Bipolar

Rodrigo F. Leão¹, Rafael A. da Silva², Elie Cheniaux², J. Landeira-Fernandez¹ & Daniel C. Mograbi¹³

1 – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

2 – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

3 – King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, Department of Psychology

RESUMO

Pacientes com Transtorno Bipolar (TB) costumam apresentar prejuízo de *insight* referente aos sinais e sintomas em função do estado de humor atual, sobretudo em episódios maníacos. Essa forma de *insight* explícito pode ser acompanhada de uma forma de *insight* implícito sobre os sintomas de mania e depressão ligados ao transtorno. Para tanto, o objetivo deste artigo foi avaliar o grau de consciência implícita sobre sintomas entre pacientes bipolares comparados com sujeitos saudáveis. Um grupo em mania (n=11), um grupo em eutímia (n=24) e um grupo de controles saudáveis (n=17) foram comparados em relação à variáveis demográficas, clínicas e à uma medida experimental que mede o nível de *insight* implícito, o Teste de Associação Implícita (IAT), além de uma medida de *insight* explícito por meio da “Insight Scale for Affective Disorders” (ISAD). Uma ANOVA de *design* misto foi calculada para verificar diferenças no tempo de reação entre os blocos de teste dos grupos e testes *t* de student verificaram diferenças nas variáveis clínicas empregadas. Além disso, correlações de Pearson foram calculadas entre as variáveis ISAD e o índice de interferência do IAT. Os resultados do teste *t* de student revelaram diferenças significativas entre os grupos em mania e em eutímia no nível de *insight* explícito ($p<.001$). O resultado da ANOVA de *design* misto revelou diferenças significativas entre os três grupos em relação à diferença no tempo médio entre os blocos ($p<.001$). Também foram encontradas correlações positivas dentre os pacientes eutímicos em relação ao item #7 ($p=.003$), ao item #10 ($p=.003$) e ao item #16 ($p=.031$) da ISAD e a medida de interferência do IAT. Entre os pacientes maníacos não foram encontradas correlações entre essas duas medidas. Tendo em vista os resultados, é possível sugerir a presença de uma forma de *insight* implícito entre os pacientes em mania, devido ao maior tempo de latência nas auto-associações implícitas para palavras ligadas ao TB.

PALAVRAS-CHAVE: *insight*, *insight* implícito, transtorno bipolar, teste de associação implícita, autoconsciência.

1. Introdução

O Transtorno Bipolar (TB) é uma condição psiquiátrica crônica caracterizada por frequentes recaídas em episódios depressivos ou (hipo)maníacos, onde os pacientes enfrentam substanciais sintomas residuais ou interepisódicos (Grande, Berk, Birmaher, & Vieta, 2016). Este quadro está associado com diferenças neurais estruturais e funcionais aberrantes (Hanford, Nazarov, Hall, & Sassi, 2016), embora não haja consenso acerca do estabelecimento de um biomarcador (Hozer & Houenou, 2016). Comprometimentos cognitivos têm sido documentados entre pacientes que sofrem com TB (Bora, 2016; Bourne et al., 2013; Mur, Portella, Martínez-Arán, Pifarré, & Vieta, 2008). Estes prejuízos têm sido reportados tanto em fases ativas do transtorno, quanto em fases de eutímia (Quraishi & Frangou, 2002; Torres, Boudreau, & Yatham, 2007), sobretudo em pacientes de rápida ciclagem (I. C. Passos, Mwangi, Vieta, Berk, & Kapczinski, 2016). Um dos comprometimentos observados em pacientes refere-se a dificuldades de autoconsciência (De Assis Da Silva, Mograbi, Landeira-Fernandez, & Cheniaux, 2014).

Alterações no funcionamento da autoconsciência são comuns em pacientes neurológicos e psiquiátricos, com diferentes origens e manifestações clínicas (Morris & Mograbi, 2013). Em um estudo conduzido entre pacientes esquizofrênicos e depressivos, por Markova e Berrió (1992), o conceito de *insight* é apresentado como um processo baseado em uma estrutura de autoconhecimento que se refere a diferentes objetos. Esta concepção multidimensional de *insight* diferencia-se de uma visão mais binária (Jacob, 2016; Marková & Berrios, 1992), permitindo o estabelecimento de diferentes graus, em função da gravidade do episódio em curso e do diagnóstico. A partir dessa modificação na concepção de *insight* há, conseqüentemente, uma maior especificação dos níveis de *insight* dos pacientes. Segundo uma recente revisão de literatura (De Assis Da Silva et al., 2014), esta mudança de concepção acompanha outras reformulações às quais a estrutura do *insight* tem sido alvo. Sendo que, atualmente, um crescente número de evidências aponta para uma estrutura heterogênea do *insight* (Marková &

Berrios, 1992.; Nieto et al., 2012.; Silva, Mograbi, Bifano, Santana, & Cheniaux, 2016).

Um recente estudo investigando a estrutura *do insight* entre pacientes bipolares demonstrou haver uma heterogeneidade entre tais pacientes quanto à consciência no TB (de Assis da Silva et al., 2015). De acordo com o estudo, os pacientes em mania apresentaram maior prejuízo de *insight* para os sintomas, em especial os ligados à atividade psicomotora. Nesse estudo foi utilizada a “Insight Scale for Affect Disorder”, que foi desenvolvida por Olaya e colegas (2012), traduzida e validada no Brasil (de Assis da Silva et al., 2014). O estudo psicométrico da escala revelou a presença de quatro fatores: condição em si, sintomas, relacionamentos sociais e autoestima, sendo que este último parece ser um fator independente dos demais. De modo a reforçar o caráter multidimensional do *insight*, inclusive nos transtornos de humor, como o TB, onde existe uma relação entre o estado de humor e o grau de *insight*, de modo que na depressão os pacientes costumam ter maior grau de *insight* do que na mania (Ghaemi, Stoll, & Pope, 1995).

Tem sido observado que pacientes neurológicos e psiquiátricos podem apresentar manifestações comportamentais e processamento emocional em relação à conteúdo associado à doença mesmo em casos de pouco *insight*. Este fenômeno, foi denominado *insight* implícito, na medida em que parece acontecer à margem da consciência. Num estudo realizado com pacientes anosagnósicos para hemiplegia, em face de tarefas projetadas para serem realizadas melhor com as duas mãos, como carregar objetos reais, diante do pior desempenho inicial bimanual comparado ao grupo controle neurológico e pacientes saudáveis, os pacientes mudaram suas estratégias de ação para respostas unimanuais, demonstrando uma forma de *insight* implícito a despeito do desconhecimento verbal do déficit (Cocchini, Beschin, Fotopoulou, & Della Sala, 2010). Em outro estudo realizado com a mesma população, os pesquisadores utilizaram uma versão modificada do teste de sentenças de Hayling, onde os pacientes tinham que completar frases neutras e frases ligadas aos sintomas do transtorno. Além disso, eles realizaram medidas explícitas de avaliação para saber o quanto os participantes se associavam com aquelas sentenças. Os pacientes anosagnósicos foram mais lentos para preencher as sentenças relativas às frases de sintomas do

que as neutras, indicando um efeito de interferência sugestivo de *insight* implícito (Fotopoulou, Pernigo, Maeda, Rudd, & Kopelman, 2010).

Há uma escassez de estudos sobre o *insight* no TB (Silva et al., 2013), sendo a maior parte desses estudos baseados em estudos de medidas explícitas. Até hoje, apenas um estudo diferenciando medidas implícitas e explícitas entre pacientes com TB foi realizado (Jabben et al., 2014). Esta pesquisa mostrou uma discrepância entre auto-associações depressivas explícitas e implícitas ao comparar bipolares sintomáticos com pacientes depressivos e controles. Estas auto-associações depressivas automáticas não são esperadas para pacientes sintomáticos bipolares, especialmente em mania. Pacientes maníacos geralmente apresentam altos níveis de energia, atividade e autoestima (Grande et al., 2016; I. C. Passos et al., 2016). Nesse sentido, as razões por detrás dessa falta de correlação entre as recuperações implícitas e explícitas de acordo com o estado de humor permanecem desconhecidas.

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi avaliar o grau de consciência implícita sobre sintomas entre pacientes bipolares comparados com sujeitos saudáveis. A nossa hipótese é que os pacientes bipolares demonstraram um viés cognitivo para palavras ligadas à mania quando comparados a sujeitos saudáveis.

2. Método

2.1 Participantes

2.1.1 Pacientes com Transtorno Bipolar

Foram testados 35 pacientes diagnosticados com Transtorno Bipolar no Ambulatório de Transtorno Bipolar do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB). Os pacientes do ambulatório foram diagnosticados seguindo os critérios da 5ª edição do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-V). O diagnóstico do IPUB/UFRJ é feito por psiquiatras da instituição, utilizando-se uma entrevista semiestruturada, o SCID (Del-Ben et al., 2010). O tratamento dos pacientes, incluindo tratamento

medicamentoso, é feito no próprio IPUB/UFRJ. Do total de pacientes selecionados, 11 estavam em estado de mania e 24 estavam em estado de eutímia.

2.1.2 Controles

Foram avaliados 17 participantes saudáveis, com os sujeitos sendo pareados na variável idade, não sendo pareados em relação à idade e escolaridade em relação ao grupo de pacientes. Os participantes foram recrutados através de cartazes espalhados nas universidades e por meio de divulgação nas redes sociais.

Os critérios de inclusão para todos os participantes foram: idade mínima de 18 anos; possuir, pelo menos, 4 anos de escolaridade; e conseguir utilizar o teclado de um computador de forma adequada.

Os critérios de exclusão para o grupo de pacientes foram: não possuir histórico de abuso de substância ou álcool (baseado nos critérios do CID-10), e não ter histórico de lesões no cérebro resultando em falta de consciência por 1 hora ou mais. Para o grupo controle, os critérios de exclusão adotados foram: ser parente de primeiro grau de pacientes bipolares, possuir histórico de abuso de substância ou álcool (baseado nos critérios do CID-10), ter histórico de lesões no cérebro resultando em falta de consciência por 1 hora ou mais e, apresentarem escores indicativos de depressão ou ansiedade durante a avaliação clínica.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Avaliação clínica

Os participantes passaram por avaliação clínica por meio da equipe do ambulatório de Transtorno Bipolar do IPUB. Eles foram avaliados pelos seguintes instrumentos: nível de sintomas depressivos (Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton; Hamilton, 1960) e maníacos (Escala de Avaliação da Mania de Young; Young et al., 1978), a gravidade do episódio afetivo (Escala de Gravidade Clínica, versão bipolar [CGI-bp] (Spearing et al., 1997) e a Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS; Chaves & Shirakawa, 1998), focando no formulário de sintomas positivos da psicose (PANSS-p), como delírios ou alucinações.

Os sujeitos do grupo controle foram avaliados pelas escalas a seguir: sintomatologia depressiva (Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton;

Hamilton, 1960) e maníaca (Escala de Avaliação da Mania de Young; Young et al., 1978).

Avaliação de *Insight*

Os pacientes bipolares foram alvo de uma avaliação de *insight* explícito por meio da “*Insight Scale for Affect Disorders*” que foi traduzida e validada no Brasil por de Assis da Silva e colegas (2014) a fim de medir o nível de *insight* que os pacientes apresentavam em relação às alterações provenientes dos respectivos estados de humor.

2.3 Procedimento experimental (IAT)

Os participantes foram testados com uma versão do Teste de Associação Implícita (IAT), criado por Greenwald e Banaji (REF), para medir atitudes implícitas a partir de associações automáticas. Foi criada uma versão do IAT referente aos sintomas do TB. O teste dividia-se em sete rodadas, cinco de ensaio (1, 2, 3,5 e 6) e duas de teste (4 e 7). A primeira, segunda, terceira e sexta rodadas contam com 24 tentativas, a quinta rodada possui 30 tentativas e, finalmente, as rodadas (de teste) quarta e sétima têm 48 tentativas. Esta versão do IAT teve como conceitos, palavras relacionadas ao self (eu e outro); como atributos, teve palavras ligadas aos pólos do TB (eufórico e depressivo); e, como pistas, termos associados com sintomas das fases maníaca e depressiva do TB, com viés negativo (ex. agitado, inútil). A razão para o uso desta estrutura consiste na adoção de estrutura semelhante entre pacientes depressivos e bipolares (Jabben et al., 2014). As palavras utilizadas no estudo encontram-se no Apêndice A1.

Para o presente estudo, foi seguido o modelo de análise utilizado por Jabben e colegas (2014), em um estudo com IAT com a população bipolar, com uma pequena modificação no cálculo das médias. Os dados dos blocos 3,4,6 e 7 foram selecionados. A seguir os seguintes passos foram implementados: (1) as tentativas acima de 10 segundos foram excluídas; (2) os participantes que tiveram ao menos 10% de suas tentativas menores que 300 milissegundos foram descartados; (3) um desvio-padrão inclusivo foi obtido tanto para os blocos 3 e 6 quanto para os blocos 4 e 7, após, foi calculada a média das latências das respostas de todas os blocos utilizados; (4) foi feito o cálculo de duas diferenças de médias

(M Bloco 7 – M Bloco 6) e (M Bloco 4 – M Bloco 3); (6) a medida D foi calculada pelo cálculo da subtração das médias anteriores. As palavras utilizadas no estudo encontram-se no Apêndice A1.

2.4 Análises estatísticas

Diferenças nas variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade) entre os grupos foram verificadas por meio de uma ANOVA de 1-via, enquanto diferenças em relação à variável sexo foram mensuradas por meio do teste qui-quadrado. Uma ANOVA de *design* misto com fator entre-grupos (3): mania, eutimia e controle, e fator intra-grupos (2): condição e não condição foi calculada para diferenças no tempo de reação do IAT em relação a diferenças no bloco de teste. Foram rodadas quatro ANCOVAs, uma para variável sexo e outra para variável escolaridade a fim de controlar para eventuais diferenças, além de duas controlando a escolaridade e o sexo para a variável ISAD. Correlações de Pearson foram rodadas para verificar a presença de correlações entre o índice de interferência IAT e a variável ISAD. Ademais, diferenças nas variáveis clínicas YMRS, PANSS-p, HAM-D, CGI-BP e ISAD entre os dois grupos de pacientes com TB (em eutimia e em mania) foram medidas por meio de testes *t* de Student.

2.5. Questões éticas

Todos os pacientes deram consentimento por escrito, assim como os participantes controles aceitando fazer parte desta pesquisa. Este estudo faz parte do projeto Um Estudo Naturalístico do Transtorno Bipolar, aprovado pelo comitê de ética de pesquisa local da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

3. Resultados

3.1 Características gerais

Entre os 52 participantes testados no estudo, 11 foram avaliados em mania, 24 em eutimia e 17 eram controles saudáveis. Os dados sociodemográficos e as variáveis clínicas para os respectivos encontram-se apresentados na Tabela 1.

De forma geral, os dados sociodemográficos foram similares entre os grupos. A análise da ANOVA de 1 via para idade $F(2,51) = 1.68$, $p=.196$ não mostrou diferenças entre os grupos, enquanto a ANOVA de 1 via para a escolaridade $F(2,51) = 3.26$, $p=.047$ mostrou uma leve tendência para o grupo controle. Um teste qui-quadrado foi calculado para a variável sexo $X^2(1) = 13.35$, $p<.001$ sendo encontrada uma tendência no sentido masculino-feminino no grupo eutímicos em comparação aos outros grupos.

A partir de análises por meio de testes t de Student foram encontradas diferenças significativas para as variáveis YMRS $t(33) = -11.81$, $p<.001$ demonstrando maior nível de sintomas maníacos no grupo em mania do que nos eutímicos, na variável HAM-D $t(33) = -3.55$, $p=.001$ mostrando maior nível de sintomatologia depressiva entre os maníacos do que entre os eutímicos, na variável CGI-BP $t(33) = -11.85$, $p<.001$ revelando maior gravidade no estado entre os maníacos do que entre os eutímicos, na variável PANSS-p $t(33) = -8.06$, $p<.001$ mostrando maior gravidade nos sintomas psicóticos entre o grupo maníaco do que o grupo eutímicos, e, por fim, na variável ISAD $t(33) = -5.55$, $p<.001$ revelando menor nível de *insight* entre os pacientes maníacos do que entre os pacientes do grupo em eutímia. Uma ANCOVA foi calculada para a variável escolaridade $F(2,54) = 0.27$, $p=.601$ e outra para a variável sexo $F(2, 54) = 5.34$, $p=.025$. Não foram controladas diferenças para a variável sexo. A inclusão das variáveis sexo ou escolaridade como covariáveis não alterou os resultados. Uma ANCOVA foi calculada para a variável escolaridade $F(1,30) = 0.17$, $p=.684$, e para a variável sexo $F(1, 31) = 0.52$, $p=.820$ sobre a variável ISAD.

3.2 *Insight* implícito

O escore para o teste IAT foi calculado através de uma ANOVA de *design* misto que mostrou um efeito significativo para condição $F(1,49) = 14.04$, $p<.001$, $\eta^2=.22$ ao verificar diferenças no tempo médio entre os blocos de teste, não havendo efeito significativo de grupo ou interação entre os fatores.

3.3 Correlações

Correlações de Pearson foram realizadas para investigar correlações entre uma medida de interferência do IAT e a escala ISAD. O grupo de eutímicos

apresentou uma correlação positiva significativa entre o a escala ISAD e o índice de interferência do IAT com relação ao item #7 $r(23) = .588, p = .003$, o item #10 $r(23) = .594, p = .003$ e o item #16 $r(23) = .451, p = .031$. Entre o índice de interferência do IAT e a escala ISAD para o grupo dos maníacos não foram encontradas correlações.

4. Discussão

No presente estudo, foram encontradas diferenças nas sintomatologias maníaca e depressiva entre bipolares maníacos e eutímicos, além de diferenças na gravidade dos episódios, sintomas psicóticos e níveis de *insight* entre tais participantes. Os pacientes bipolares, tanto em eutimia quanto em mania, apresentaram uma diferença significativa na condição em relação aos controles saudáveis para o tempo médio de resposta para auto-associações implícitas indicando a presença de uma forma de *insight* implícito. Além disso, foram encontradas correlações positivas entre pacientes eutímicos e ausência de correlações entre pacientes em mania.

Conforme era de se esperar, os pacientes bipolares maníacos apresentaram maiores níveis de sintomas de mania e de depressão comparados aos eutímicos. As evidências (Bodnar & Rybakowski, 2017; Silva et al., 2013; Gutiérrez-Rojas, Jurado, & Gurpegui, 2011) apontam para esta assimetria na sintomatologia apresentada por estes pacientes. Em relação à gravidade dos episódios, os pacientes em mania diferiram significativamente dos eutímicos apresentando tanto prejuízo funcional quanto uma expressividade da apresentação clínica do transtorno bipolar de forma moderada a grave. Tendo em vista, sobretudo, que uma das características da fase hipomaníaca do transtorno é o aumento de energia, em um contexto laboral, o indivíduo que trabalha excessivamente por dias a fio acaba sendo alvo de validação social, o que complica ainda mais o reconhecimento deste comportamento como um sinal por parte do indivíduo (Assis, 2015). Por sua vez, a sub-escala PANSS-p de sintomas positivas também apresentou diferenças significativas entre os grupos, com o grupo dos maníacos pontuando mais alto do que o grupo em eutimia.

O nível de *insight* explícito entre os pacientes maníacos também mostrou diferenças em relação aos eutímicos. De acordo com estudos anteriores (Silva et al., 2013; Ghaemi et al., 1995; Platman, Plutchik, Fieve, & Lawlor, 1969), parece haver uma correlação inversa entre o humor e o nível de *insight* explícito entre os bipolares, de modo que à medida que os pacientes vão para a depressão eles perdem menos *insight* do que na mania, onde o comprometimento de *insight* se dá forma mais acentuada. Desse modo, apesar de um recente estudo ter revelado que pacientes bipolares sintomáticos também são capazes de *insight* para sinais e sintomas específicos (de Assis da Silva et al., 2015), a autoconsciência desses pacientes está prejudicada devido à variação de humor, acarretando prejuízos no nível de *insight* explícito como o encontrado no estudo.

Finalmente, a medida D utilizada para calcular diferenças no nível de *insight* implícito entre os grupos encontrou diferenças significativas entre os grupos em relação à condição. Este resultado vai de encontro ao único estudo realizado com pacientes bipolares avaliando medidas explícitas e implícitas por meio do IAT (Jabben et al., 2014). O maior tempo de latência para auto-associações implícitas para palavras ligadas ao TB entre os grupos revela que as auto-associações foram mais lentas do que as hétero-associações. Para o grupo em mania, isso significa que há uma espécie de dissociação entre as autoavalições positivas derivadas do estado maníaco e das auto-associações implícitas com caráter negativo. A partir desses resultados é possível sugerir a presença de uma forma de *insight* implícito para este grupo. Conforme prediz o modelo do CAM (Morris & Mograbi, 2012), esta forma de *insight* é marcada por uma dissociação entre uma saída metacognitiva e outra de caráter emocional, implícita.

Em se tratando das correlações verificadas, o grupo eutímico mostrou correlações positivas para um índice de interferência do IAT nos itens #7, #10 e #16 da escala ISAD. O item #7 da ISAD refere-se à consciência de sofrer com insônia ou hipersonia, o item #10 diz respeito à consciência de sofrer com sentimentos de culpa, ou autoestima exagerada ou grandiosidade, por sua vez o item #16 trata da consciência de ter relações sociais pobres. A partir desses resultados, é possível sugerir que os pacientes em eutimia apresentam uma congruência entre medidas implícitas e explícitas que tratam de alterações referentes ao TB. Devido à diminuição dos sintomas, estes pacientes apresentam

maior grau de consciência explícita, e auto-associações implícitas que vão no mesmo sentido para palavras ligadas ao TB. Entre pacientes maníacos não foram encontradas correlações, o que mostra uma discrepância entre os níveis explícitos e implícitos de consciência demonstrados por estes pacientes, sugerindo haver uma discrepância na consciência desses pacientes, devido ao estado de humor atual, o que reforça a hipótese do *insight* implícito.

Como limitações do estudo, podemos citar o fato da pesquisa ter sido realizada em um hospital universitário que se caracteriza pela presença de pacientes mais graves. Além disso, pode trazer um viés de seleção para a amostra. O tamanho da amostra de pacientes em mania e controle foi reduzido, o que pode ter diminuído o poder de detecção de diferenças significativas com menores tamanhos de efeito. Outra limitação deste estudo foi a não utilização de uma escala de autoavaliação dos pacientes para a obtenção de uma medida objetiva dos pacientes de seu grau de *insight* implícito. Cabe ressaltar que este estudo faz parte do primeiro projeto que se tem conhecimento na América Latina a examinar medidas explícitas e implícitas na população bipolar, de forma que traz uma contribuição para o desenvolvimento da área a trazer mais evidências acerca das diferentes formas de *insight* entre pacientes bipolares em diferentes estados de humor.

Devido à escassez de estudos na área, esta pesquisa se torna importante por trazer novas evidências acerca do tema do *insight* no TB. O cuidado destes pacientes pode se tornar muito difícil, sobretudo por envolver prejuízo da autoconsciência. Desse modo, pesquisas futuras podem investigar a presença desta forma de *insight* implícito entre os bipolares a partir de amostras maiores, envolvendo grupos não só de maníacos e eufímicos, mas também de pacientes em estado misto e depressão a fim de se observar a correlação das diferentes formas de *insight* através dos diferentes estados de humor no TB.

5. Referências Bibliográficas

Akiskal, H. (2006). The necessity of integrating phenomenology and neurobiology in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), 1-

1. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.002>
- Bertrand, E., Dourado, M. C. N., Laks, J., Morris, R. G., Landeira-Fernandez, J., & Mograbi, D. C. (2016). Mood-congruent recollection and anosognosia in Alzheimer's disease. *Cortex*, *84*, 55–62.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.09.001>
- Besharati, S., Forkel, S. J., Kopelman, M., Solms, M., Jenkinson, P. M., & Fotopoulou, A. (2016). Mentalizing the body: Spatial and social cognition in anosognosia for hemiplegia. *Brain*, *139*(3), 971–985.
<https://doi.org/10.1093/brain/awv390>
- Bitter, I., Fehér, L., Tényi, T., & Czobor, P. (2015). Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata*, *30*(1), 18–26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25867885>
- Bodnar, A., & Rybakowski, J. K. (2017). Mentalization deficit in bipolar patients during an acute depressive and manic episode: association with cognitive functions. *International Journal of Bipolar Disorders*, *5*(1), 38.
<https://doi.org/10.1186/s40345-017-0107-3>
- Bora, E. (2016). Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/pcn.12410>
- Bourne, C., Aydemir, O., Balanzá-Martínez, V., Bora, E., Brissos, S., Cavanagh, J. T. O., ... Goodwin, G. M. (2013). Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: An individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128*(3), 149–162.
<https://doi.org/10.1111/acps.12133>
- Cocchini, G., Beschin, N., Fotopoulou, A., & Della Sala, S. (2010). Explicit and implicit anosognosia or upper limb motor impairment. *Neuropsychologia*, *48*(5), 1489–1494. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.01.019>
- Cotrell, V., & Wild, K. (1999). Longitudinal study of self-imposed driving restrictions and deficit awareness in patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *13*(3), 151–156. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10485574>
- da Silva, R. de A., Mograbi, D. C., Silveira, L. A. S., Nunes, A. L. S., Novis, F. D., Cavaco, P. A., ... Cheniaux, E. (2013). Mood self-assessment in bipolar

disorder: a comparison between patients in mania, depression, and euthymia
 Autoavaliação do estado de humor no transtorno bipolar: uma
 comparação entre pacientes em mania, depressão, e eutímia. *Trends in
 Psychiatry and Psychotherapy*, 35(2), 141–145.

<https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000200008>

de Assis da Silva, R., Mograbi, D. C., Camelo, E. V. M., Morton, G. D., Landeira-
 Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2015). Cross-cultural adaptation, validation
 and factor structure of the Insight Scale for Affective Disorders. *Journal of
 Affective Disorders*, 178, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.002>

De Assis Da Silva, R., Mograbi, D. C., Landeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E.
 (2014). O insight no transtorno bipolar: uma revisão sistemática Insight in
 bipolar disorder: a systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(3),
 242–254. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000032>

de Assis da Silva, R., Mograbi, D. C., Silveira, L. A. S., Nunes, A. L. S., Novis, F.
 D., Landeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2014). The reliability of self-
 assessment of affective state in different phases of bipolar disorder. *The
 Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 386–390.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000136>

Depp, C. A., Dev, S., & Eyler, L. T. (2016). Bipolar depression and cognitive
 impairment. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(1), 95–109.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.09.004>

Fotopoulou, A., Pernigo, S., Maeda, R., Rudd, A., & Kopelman, M. A. (2010).

Implicit awareness in anosognosia for hemiplegia: unconscious interference
 without conscious re-representation. *Brain : A Journal of Neurology*, 133(Pt
 12), 3564–3577. <https://doi.org/10.1093/brain/awq233>

Ghaemi, S. N., Stoll, A. L., & Pope, H. G. (1995). Lack of insight in bipolar
 disorder. The acute manic episode. *The Journal of Nervous and Mental
 Disease*, 183(7), 464–467. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7623019>

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The
 Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)

Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., & Gurpegui, M. (2011). Factors associated with
 work, social life and family life disability in bipolar disorder patients.

Psychiatry Research, 186(2–3), 254–260.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.020>

Hanford, L. C., Nazarov, A., Hall, G. B., & Sassi, R. B. (2016). Cortical thickness in bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar Disorders*, 18(1), 4–18.

<https://doi.org/10.1111/bdi.12362>

Hozer, F., & Houenou, J. (2016). Can neuroimaging disentangle bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 195, 199–214.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.039>

Jabben, N., de Jong, P. J., Kupka, R. W., Glashouwer, K. A., Nolen, W. A., & Penninx, B. W. J. H. (2014). Implicit and explicit self-associations in bipolar disorder: A comparison with healthy controls and unipolar depressive disorder. *Psychiatry Research*, 215(2), 329–334.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.030>

Jacob, K. S. (2016). Insight in Psychosis: An Indicator of Severity of Psychosis, an Explanatory Model of Illness, and a Coping Strategy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 194–201. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183078>

Kesebir, S., İşıtmez, S., & Gündoğar, D. (2012). Compulsive buying in bipolar disorder: Is it a comorbidity or a complication? *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 797–802. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.037>

Lyon, H. M., Startup, M., & Bentall, R. P. (1999). Social Cognition and the Manic Defense: Attributions, Selective Attention, and Self-Schema in Bipolar Affective Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 273–282. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.2.273>

Marková, I. S., & Berrios, G. E. (n.d.). The “object” of insight assessment: relationship to insight “structure”. *Psychopathology*, 34(5), 245–252.

Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11799319>

Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 159–164.

Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1529740>

Mograbi, D. C., Brown, R. G., & Morris, R. G. (2012). Emotional reactivity to film material in Alzheimer’s disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(5–6), 351–359. <https://doi.org/10.1159/000343930>

Mograbi, D. C., & Morris, R. G. (2013). Implicit Awareness in Anosognosia:

Clinical Observations, Experimental Evidence, and Theoretical Implications - Discussion Paper. *Cognitive Neuroscience*, 4(3–4), 181–209.

<https://doi.org/10.1080/17588928.2013.833899>

Mograbi, D. C., & Morris, R. G. (2014). The developing concept of implicit awareness: A rejoinder and reply to commentaries on Mograbi and Morris (2013). *Cognitive Neuroscience*, 1(1), 1–5.

<https://doi.org/10.1080/17588928.2014.905522>

Morris, R. G., & Mograbi, D. C. (2013). Anosognosia, autobiographical memory and self knowledge in Alzheimer's disease. *Cortex*, 49(6), 1553–1565.

<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.09.006>

Mur, M., Portella, M. J., Martínez-Arán, A., Pifarré, J., & Vieta, E. (2008). Long-term stability of cognitive impairment in bipolar disorder: a 2-year follow-up study of lithium-treated euthymic bipolar patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 712–719. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0504>

Murphy, F. C., Sahakian, B. J., Rubinsztein, J. S., Michael, A., Rogers, R. D., Robbins, T. W., & Paykel, E. S. (1999). Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression. *Psychological Medicine*, 29(6), 1307–1321. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10616937>

Nieto, L., Ruiz, A. I., Blas-Navarro, J., Pousa, E., Cobo, J., Cuppa, S., & Obiols, J. E. (2012). Spanish adaptation of the Markova and Berrios Insight scale. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 40(5), 248–256. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076607>

Passos, I. C., Kapczinski, N. S., Quevedo, J., Kauer-Sant'Anna, M., & Kapczinski, F. (2015). Staging Models and Functional Outcomes in Bipolar Disorder: Clinical Implications. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(3), 205–217. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0046-5>

Passos, I. C., Mwangi, B., Vieta, E., Berk, M., & Kapczinski, F. (2016). Areas of controversy in neuroprogression in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 91–103. <https://doi.org/10.1111/acps.12581>

Platman, S. R., Plutchik, R., Fieve, R. R., & Lawlor, W. G. (1969). Emotion Profiles Associated With Mania and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 20(2), 210.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1969.01740140082010>

Quraishi, S., & Frangou, S. (2002). Neuropsychology of bipolar disorder: A

- review. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 209–226.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00091-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00091-5)
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 47–57.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>
- Ryals, A. J., & Voss, J. L. (2013). Connections between mechanisms for anosognosia and implicit memory. *Cognitive Neuroscience*, 4(3–4), 202–203.
<https://doi.org/10.1080/17588928.2013.854757>
- Silva, R. D. A. Da, Mograbi, D. C., Bifano, J., Santana, C. M. T., & Cheniaux, E. (2016). Insight in bipolar mania: Evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 199, 95–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.019>
- Swann, A. C., Gerard Moeller, F., Steinberg, J. L., Schneider, L., Barratt, E. S., & Dougherty, D. M. (2007). Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disorders*, 9(3), 206–212.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00357.x>
- Torres, I. J., Boudreau, V. G., & Yatham, L. N. (2007). Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 116(434), 17–26.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01055.x>
- Vannini, P., Amariglio, R., Hanseeuw, B., Johnson, K. A., McLaren, D. G., Chhatwal, J., ... Sperling, R. A. (2017). Memory self-awareness in the preclinical and prodromal stages of Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 99, 343–349. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.002>
- Watkins, P. C., Martin, C. K., & Stern, L. D. (2000). Unconscious Memory Bias in Depression: Perceptual and Conceptual Processes. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 282–289. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.109.2.282>

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos participantes

	Controles Saudáveis	Eutímicos TB (n = 24)	Maníacos TB	Diferenças de grupos
	(n=17) M (DP)	M (DP)	(n=11) M (DP)	
Idade	48.52 (12.55)	47.58 (12.01)	48.45 (7.80)	E < E
Nível educacional	11.53 (3.12)	9.37 (3.17)	11.45 (2.25)	M = C > E
Sexo*	3/14	8/12	1/10	C = M < E
YMRS	–	2.5 (3.4)	19.9 (5.1)	E < M
HAM-D	–	3.4(4.4)	9.3(4.9)	E < M
PANSS-p	–	7.3 (0.9)	12.2 (2.6)	E < M
CGI-BP Global	–	1.3 (0.5)	3.7 (0.6)	E < M
ISAD	–	8.3(4.8)	23.2(11.1)	E < M

E – Eutímia; C – Controle; M – Mania; M-MP; *#masculino/feminino; HAM-D = Hamilton Depression Scale; YMRS = Young Manic Rating Scale; PANSS-p = Positive and Negative Syndrome Scale, positive symptom subscale; CGI-BP = Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness; ISAD = *Insight* Scale for Affect Disorder; DP = desvio padrão.

Apêndice A1

Lista de palavras IAT-Sintomas

Eu: eu, meu, mim, próprio, minha

Outro: outro, eles, deles, seu, suas

Depressivo: devagar, cansado, inútil, calado, triste

Eufórico: exaltado, acelerado, animado, falante, energético

Medidas de *insight* explícito e implícito sobre a condição no Transtorno Bipolar

Rodrigo F. Leão¹, Rafael A. da Silva², Elie Cheniaux², J. Landeira-Fernandez¹ & Daniel C. Mograbi¹³

1 – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

2 – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

3 – King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, Department of Psychology

RESUMO

A autoconsciência sobre os déficits está prejudicada no Transtorno Bipolar (TB), de modo que este prejuízo de *insight* explícito prejudica a adesão ao tratamento e compromete a autoavaliação destes pacientes. Desse modo, o objetivo deste estudo foi avaliar a presença de consciência implícita em pacientes com TB, maníacos e eutímicos, em comparação com indivíduos saudáveis. Foram testados três grupos, maníacos (n=14), eutímicos (n=21) e controles saudáveis (n=17) em escalas clínicas, incluindo uma escala conhecida como “Insight Scale for Affective Disorder” (ISAD) que mede o *insight* explícito destes pacientes, e numa tarefa experimental que visa medir o *insight* implícito, chamada Teste de Associação Implícita (IAT). Foram calculados testes *t* de student para as variáveis clínicas e uma ANOVA de design misto para medir diferenças entre os blocos críticos do teste. Foram encontradas diferenças significativas em relação ao escore da variável ISAD ($p < .001$), ao passo que não foi encontrado um efeito de condição em relação aos blocos de teste ($p = .059$). O resultado da ANOVA revelou um efeito significativo para condição em relação à medida de interferência do IAT ($p = .001$). Também foram encontradas correlações positivas dentre os pacientes eutímicos em relação ao item #7 ($p = .006$) e ao item #10 ($p = .012$) da ISAD e a medida de interferência do IAT. Não foram encontradas correlações entre essas duas medidas dentre pacientes maníacos. Com isso, conclui-se que os pacientes em mania se autoavaliaram de forma similar aos pacientes em eutimia, apesar do estado afetivo alterado por conta do episódio atual, e ambos com o grupo controle. A partir desses resultados, é possível sugerir a presença de uma forma de *insight* implícito entre os pacientes em mania, tendo em vista o tempo de latência demonstrado na tarefa IAT.

PALAVRAS-CHAVE: *insight*, *insight* implícito, transtorno bipolar, teste de associação implícita, autoconsciência.

1. Introdução

Experimentar mudanças de humor ao longo do dia é comum a todos os seres humanos, especialmente diante de eventos estressantes (Grande et al., 2016). Entretanto, algumas pessoas experimentam alterações abruptas entre estados emocionais e psicológicos (Lyon, Startup, & Bentall, 1999). O Transtorno Bipolar (TB) afeta aproximadamente 2% da população global (Ives C. Passos, Kapczinski, Quevedo, Kauer-Sant'Anna, & Kapczinski, 2015). É um transtorno crônico caracterizado por flutuações do humor anormais que variam da depressão até episódios (hipo)maníacos (Akiskal, 2006; Swann et al., 2007). O TB possui uma apresentação clínica heterogênea (Hozer & Houenou, 2016), possuindo muitas consequências no dia-a-dia de pacientes e familiares (Reinares et al., 2016). Está associado com comportamento de compra compulsiva (Kesebir, Işitmez, & Gündoğar, 2012), comprometimento cognitivo (Bora, 2016; Bourne et al., 2013; Depp, Dev, & Eyler, 2016) e alto risco de suicídio (Grande et al., 2016). Pacientes maníacos frequentemente demonstram um prejuízo de *insight* o que torna a autoavaliação não confiável (de Assis da Silva et al., 2014). Pelo fato de não haver exames capazes de diagnosticar o TB, o mesmo é feito com base na avaliação clínica (R. de A. da Silva et al., 2013; Grande et al., 2016), assim esta perda de *insight* tem consequências diretas no tratamento.

A falta de autoconsciência sobre déficits é comum em diferentes quadros, sendo encontrada em condições neurológicas como a Doença de Alzheimer (Vannini et al., 2017) e a Hemiplegia (Fotopoulou, Pernigo, Maeda, Rudd, & Kopelman, 2010), por exemplo. No campo neurológico, este fenômeno, que pode ser entendido como a falta de conhecimento sobre alterações mórbidas em si é conhecido como anosognosia (Babinski, 1914). Um caso típico é a Anosognosia para Hemiplegia (AHP), que pode ser definida como a aparente falta de consciência de déficits motores contralaterais, que ocorrem tipicamente após lesões na zona perisilviana direita induzidas por acidente vascular, e menos frequentemente por lesões na zona perisilviana esquerda (Cocchini et al., 2010). Este transtorno neurológico prototípico da falta de consciência do corpo afeta a consciência da ação; uma noção composta que inclui ao menos duas facetas, o sentimento subjetivo de mover-se no aqui agora, e as crenças mais gerais ou

juízos sobre as próprias habilidades motoras, como ser capaz de realizar certas ações bilaterais (Besharati et al., 2016).

Entre pacientes psiquiátricos, as pesquisas sobre a falta de *insight* se deram, inicialmente, com pacientes psicóticos. Muitos estudos sobre o comprometimento de *insight* foram conduzidos com participantes esquizofrênicos (Bitter, Fehér, Tényi, & Czobor, 2015), tendo em vista a falha na avaliação de crenças delirantes apresentada por estes sujeitos. Recentemente, estudos sobre o *insight* têm sido conduzidos com pacientes bipolares (De Assis Da Silva et al., 2014), devido à heterogeneidade verificada entre esses pacientes sobre estarem autoconscientes de alterações na sua condição total ou em sinais e sintomas (R. D. A. Da Silva et al., 2016). Uma das principais características desses estudos é o uso de medidas explícitas, o que gera consequências sobre as avaliações realizadas. A fim de ajudar a ampliar o número de estudos desta área, foi escolhido um modelo teórico que dá suporte às relações entre o *insight* e os processos emocionais num contexto experimental.

Em um recente artigo de revisão (Mograbi & Morris, 2013), foi discutida a potencial dissociação entre a reatividade emocional implícita e a expressão global da consciência, a partir de estudos com pacientes hemiplégicos e com DA. O “Cognitive Awareness Model” (CAM) foi proposto por Agnew e Morris (1998) e revisado por Morris e Mograbi (2013) para explicar o funcionamento cognitivo da consciência. Tanto por prever um modelo integrativo de processos de memória, emoção e consciência na expressão da metacognição de uma via conhecida como consciência implícita, quanto por discutir potenciais áreas do cérebro envolvidas no seu funcionamento, ele tem sido amplamente discutido e utilizado para investigar a falta de consciência de morbidade e sugerir formas implícitas de consciência em diferentes condições (Bertrand et al., 2016; Mograbi & Morris, 2014; Ryals & Voss, 2013).

A literatura contém algumas evidências de natureza tanto clínica quanto experimental acerca de formas de *insight* implícito sobre a condição global de pacientes com DA. Em um estudo realizado com pacientes com DA que ainda dirigiam, testados tanto com o Mini-Exame dos Estados Mentais (MiniMental) quanto com seus respectivos *status* de motoristas, nenhuma correlação foi

encontrada. De acordo com os autores, tais pacientes passaram a restringir voluntariamente suas zonas de direção. Esta falha pode estar associada a um comprometimento da consciência (Cotrell & Wild, 1999). Em outro estudo realizado recentemente, pacientes com DA foram apresentados a filmes contendo cenas associadas à doença. Apesar da falta de consciência explícita apresentada pelos pacientes a respeito de sua condição, os pacientes apresentaram maior frequência de respostas faciais ao verem especificamente vídeos com conteúdos ligados à doença (Mograbli, Brown, & Morris, 2012).

Para tanto, o objetivo desse estudo foi avaliar a presença de consciência implícita em pacientes com TB, maníacos e eufímicos, em comparação com indivíduos saudáveis. Para este fim, a medida da associação implícita (o Teste da Associação Implícita) foi contrastada com um instrumento explícito (*Insight Scale for Affect Disorder-BD*) que avaliou o *insight* entre os pacientes bipolares. A nossa hipótese é que os pacientes bipolares apresentariam um viés atencional para palavras ligadas à condição do TB, tanto em estado de humor maníaco quanto em eutímia quando comparados aos sujeitos saudáveis.

2. Método

2.1 Participantes

A amostra do estudo foi composta por 35 pacientes com TB (21 em eutímia e 14 em mania), segundo os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5 (APA, 2013). Os pacientes foram recrutados no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). O diagnóstico do IPUB/UFRJ é feito por psiquiatras da instituição, utilizando-se uma entrevista semiestruturada, o SCID (Del-Ben et al., 2010). O tratamento dos pacientes, incluindo tratamento medicamentoso, é feito no próprio IPUB/UFRJ. Foram incluídos pacientes que apresentaram diagnóstico de TB, associado ou não a outras comorbidades; em caso de comorbidades, o TB foi o diagnóstico primário, tanto em termos cronológicos quanto na gravidade.

Um grupo controle com 17 participantes, pareado para variável idade foi utilizado para fornecer valores de comparação. Foram incluídos no grupo de

controle participantes sem histórico de doença psiquiátrica ou neurológica. Os participantes do grupo controle foram recrutados através de cartazes na universidade, a partir do contato com funcionários da mesma, além de divulgação nas redes sociais.

Os critérios de inclusão para todos os participantes foram: idade mínima de 18 anos; possuir, pelo menos, 4 anos de escolaridade; e conseguir utilizar o teclado de um computador de forma satisfatória. Somado a isto, os sujeitos tiveram que assinar um termo de consentimento livre e esclarecido concordando em fazer parte da pesquisa.

Os critérios de exclusão para o grupo experimental foram: ter histórico de lesões no cérebro resultando em falta de consciência por 1 hora ou mais, e possuir histórico de abuso de substância ou álcool (baseado nos critérios do CID-10). Em relação aos controles, os critérios de exclusão utilizados foram os seguintes: possuir histórico de abuso de substância ou álcool (baseado nos critérios do CID-10), ser parente de primeiro grau de pacientes bipolares, ter histórico de lesões no cérebro resultando em falta de consciência por 1 hora ou mais e, apresentarem escores indicativos de depressão ou ansiedade durante a avaliação clínica.

2.2 Procedimentos de coleta de dados

Todos os participantes foram testados em uma sala de pesquisa no ambulatório do IPUB/UFRJ. Os participantes do grupo controle foram testados em uma sala de pesquisa com condições ambientais parecidas com o ambulatório onde serão testados os pacientes. As medidas foram todas coletadas por um aluno de mestrado, acompanhado de duas estagiárias de pesquisa da graduação, com exceção da avaliação clínica dos pacientes com TB, que foi realizada por um psiquiatra do IPUB/UFRJ. A avaliação clínica e a avaliação de *insight* foram realizadas através de questionários, ao passo que a tarefa experimental foi respondida em um notebook. Os participantes foram testados seguindo um protocolo com ordem fixa, passando primeiro pela avaliação clínica, e, na sequência o IAT.

2.3 Instrumentos

2.3.1 Avaliação clínica

Os pacientes com TB passaram pela avaliação clínica padronizada do ambulatório do IPUB, que inclui instrumentos para avaliar o nível de sintomas depressivos (Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton; Hamilton, 1960) e maníacos (Escala de Avaliação da Mania de Young; Young et al., 1978), a gravidade do episódio afetivo (Escala de Gravidade Clínica, versão bipolar [CGI-bp] (Spearing et al., 1997) e a Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS; Chaves & Shirakawa, 1998), focando no formulário de sintomas positivos da psicose (PANSS-p), como delírios ou alucinações.

Avaliação de *insight*

A “*Insight Scale for Affective Disorders*” (ISAD) foi construída com base na “*Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders*” (Amador et al., 1994). Consiste em uma escala multidimensional que avalia, através de 17 itens, o *insight* para o diagnóstico e sintomas do TB. A escala recentemente foi validada em uma amostra brasileira, demonstrando propriedades psicométricas sólidas (Da Silva et al., 2015).

2.3.2 Teste de Associação Implícita (IAT)

Uma versão do IAT foi desenvolvida para a testagem dos participantes. O *script* padronizado foi disponibilizado pelo autor, junto com a liberação do uso em contexto de pesquisa. Tipicamente, neste paradigma, palavras-alvo são apresentadas no monitor, com o participante tendo que apertar uma de duas teclas para indicar a associação que faz. O fundo da tela é branco, e palavras verdes ou amarelas aparecem em sequência. As palavras aparecem à esquerda, à direita e ao centro. A palavra do centro é o alvo da avaliação do participante, que deve associá-lo à palavra da esquerda ou da direita. As palavras fixadas em ambos os lados do topo da tela são chamadas de conceitos, enquanto as palavras que aparecem abaixo destas são os atributos.

O programa respeitou a estrutura do IAT, dividida em sete blocos. Os blocos 1 e 2, compostos de 24 palavras, foram de associações simples (primeiro

das palavras-alvo com os conceitos, depois com os atributos); já os blocos 3 e 4 foram de associação dupla (das palavras-alvo tanto com os conceitos quanto com os atributos), contendo 24 e 48 palavras, respectivamente. O bloco 5 foi o bloco 1 invertido e conteve 48 palavras; os blocos 6 e 7 foram idênticos (ou seja, com os conceitos invertidos), porém o 6 conteve 24 palavras, enquanto o sétimo teve 48.

O IAT teve como conceitos, palavras relacionadas ao *self* (eu e outro); como atributos, terá palavras ligadas aos pólos do TB (eufórico e maníaco); e, como pistas, termos associados com sintomas das fases maníaca e depressiva do TB, com viés negativo (ex. agitado, inútil). A razão para o uso desta estrutura consiste na adoção de estrutura semelhante entre pacientes depressivos e bipolares (Jabben et al., 2014). A tarefa foi traduzida para o português e pilotada entre alunos.

Os dados das rodadas 3, 4, 6 e 7 foram utilizados. O procedimento de análise utilizado seguiu o modelo de Jabben e colegas (2014), no seu artigo do IAT com pacientes bipolares com uma pequena alteração no cálculo das diferenças das médias. No procedimento, as tentativas acima de 10 segundos são descartadas; em seguida, todos os sujeitos para quem 10% das tentativas fossem menores do que 300 milissegundos deviam ser excluídos; após, um desvio-padrão inclusivo foi calculado para as rodadas 3 e 6 e outro para 4 e 7; na sequência, foi calculada a média das latências das respostas de todas as rodadas utilizadas; após, foram calculadas duas diferenças de médias (Média 7-Média 6) e (Média 4-Média 3), gerando duas médias que deram origem à um índice de interferência D, que foi a subtração entre as duas médias anteriores. As palavras utilizadas no estudo encontram-se no Apêndice A2.

2.4 Análises Estatísticas

Diferenças no tempo médio de reação no IAT, assim como diferenças nas variáveis sociodemográficas (nível educacional e idade) entre os grupos foram analisadas através de uma ANOVA de 1-via, ao passo que diferenças em relação a variável sexo foram medidas por meio do teste qui-quadrado. Uma ANOVA de

design misto com fator entre-grupos (3): mania, eutimia e controle, e fator intra-grupos (2): condição e não-condição foi calculada para diferenças no tempo de reação do IAT em relação à diferenças no bloco de teste. Foram rodadas quatro ANCOVAs, uma para variável sexo e outra para variável escolaridade a fim de controlar para eventuais diferenças, além do controle da escolaridade e do sexo para a variável ISAD. Além disso, diferenças nas variáveis clínicas PANSS-p, YMRS, HAM-D e ISAD foram medidas por meio de testes *t* de Student. Finalmente, correlações de *Pearson* foram feitas para a verificação de efeitos de correlação entre a escala ISAD e a medida de interferência do IAT.

2.5. Questões éticas

Todos os pacientes deram consentimento por escrito, assim como os participantes controles aceitando fazer parte desta pesquisa. Ao final de cada sessão, o protocolo previa um *debriefing* a fim de explicar aos participantes sobre o propósito das tarefas.

Este estudo faz parte do projeto Um Estudo Naturalístico do Transtorno Bipolar, aprovado pelo comitê de ética de pesquisa local da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

3. Resultados

3.1 Características gerais

Do total de 55 participantes testados, 14 encontravam-se em estado de mania, 24 em eutimia e 17 eram controles saudáveis. Os dados clínicos e das variáveis sociodemográficas obtidos para cada grupo estão apresentados na Tabela 1. As variáveis sociodemográficas não foram estatisticamente similares entre os três grupos, com exceção da idade, conforme mostrou a ANOVA de 1 via testada $F(2,54) = 1.66, p=.200$. Houve uma tendência no nível educacional entre os participantes do grupo controle tenha sido demonstrada, segundo a ANOVA de 1 via empregada $F(2,54) = 3.91, p=.026$. Por sua vez, a variável sexo demonstrou uma tendência no sentido masculino-feminino em relação ao grupo eutímico

comparado aos demais grupos, de acordo com a análise feita pelo teste qui-quadrado $X^2(1) = 17.28, p < .001$.

Análises, a partir do teste *t* de Student, foram rodadas para as variáveis YMRS $t(35) = -12.87, p < .001$ revelando diferenças significativas na sintomatologia maníaca do grupo em mania comparado aos eutímicos, assim como para a variável HAM-D $t(35) = -3.47, p = .001$ mostrando diferenças significativas nos sintomas depressivos dos maníacos comparados aos eutímicos, bem como em relação à variável CGI-BP $t(35) = -12.33, p < .001$, demonstrando maior gravidade do estado entre os maníacos comparado aos eutímicos, de forma similar na variável PANSS-p $t(35) = -9.23, p < .001$, foram observadas diferenças significativas na gravidade dos sintomas psicóticos entre os pacientes em mania comparado aos eutímicos, e de forma similar com a variável ISAD $t(35) = -6.16, p < .001$, onde foram encontradas diferenças significativas no nível de *insight* destes pacientes, com os maníacos apresentando menor nível de *insight* do que os eutímicos. A inclusão das variáveis sexo ou escolaridade como covariáveis não alterou os resultados. Uma ANCOVA revelou que não há efeito da variável escolaridade $F(1,33) = 0.76, p = .390$, tampouco da variável sexo $F(1, 34) = 0.27, p = .606$ sobre a variável ISAD.

3.2 *Insight* implícito

O escore para o teste IAT foi analisado por meio de uma ANOVA de *design* misto que encontrou um efeito significativo para condição $F(1,46) = 12.83, p = .001, \eta^2 = .22$ ao investigar diferenças no tempo médio entre os blocos de teste, não havendo efeito significativo de grupo ou interação entre os fatores.

3.3 Correlações

Correlações de Pearson foram feitas para investigar correlações entre uma medida de interferência do IAT e a escala ISAD. O grupo de eutímicos apresentou uma correlação positiva significativa entre o a escala ISAD e o índice de interferência do IAT com relação ao item #7 $r(20) = .594, p = .006$ e o item #10 $r(20) = .551, p = .012$. Não foram encontradas correlações entre o índice de interferência do IAT e a escala ISAD para o grupo dos maníacos.

4. Discussão

Nesse estudo, foram encontradas diferenças significativas para os grupos entre as variáveis clínicas empregadas, de forma que os sintomas depressivos e maníacos entre os pacientes em mania e eutimia diferiram, assim como a gravidade do episódio, nível dos sintomas psicóticos e nível de *insight* explícito. Como mostraram as ANCOVAs utilizadas no estudo, as variáveis sexo e escolaridade foram controladas para eventuais diferenças. O grupo de controles encontrava-se pareado para a idade. Em relação à medida de *insight* implícito, houve diferença significativa para condição em todos os grupos estudados.

Os pacientes em mania apresentaram maiores escores tanto de mania quanto de depressão comparados aos pacientes em eutimia. Este resultado era esperado devido às características dos respectivos quadros do TB, com os pacientes em eutimia apresentando, em média menores escores nessas medidas (Bodnar & Rybakowski, 2017). Por sua vez, em relação à gravidade dos episódios, houve nova diferença significativa, com os pacientes em mania pontuando mais alto do que os pacientes em eutimia, refletindo o prejuízo funcional e a presença aguda dos sintomas entre o primeiro grupo frente ao segundo. Já a sub-escala de sintomas positivos PANSS-p que mede os sintomas psicóticos revelou diferenças significativas entre os grupos, com a presença de um número maior de sintomas como delírios e alucinações, por exemplo, entre maníacos comparados com eutímicos.

A análise feita para medir diferenças no nível de *insight* explícito entre os pacientes eutímicos e maníacos revelou diferenças significativas entre os grupos. A partir desse resultado, é possível afirmar que os pacientes maníacos apresentam uma consciência sobre a doença reduzida, avaliando-se de forma similar aos pacientes eutímicos. O pior grau de *insight* entre bipolares sintomáticos foi apontado numa recente revisão de literatura (Jacob, 2016). Tendo em vista que a autoconsciência entre os pacientes maníacos está mais comprometida devido ao estado de humor, a sua autoavaliação sofre prejuízo. Por consequência, a falta de *insight* no TB pode ser muito prejudicial para a formulação correta do diagnóstico e trazer danos ao tratamento.

Comparados os grupos de maníacos, eufímicos e controles saudáveis em relação à medida D, calculada para verificar o *insight* implícito, foram encontradas diferenças significativas para auto-associações automáticas ligadas à condição de doente frente à condição de saudável. Este resultado é favorável à hipótese formulada no presente artigo e também vai de encontro a um estudo holandês feito por Jabben e colaboradores (2014), onde bipolares sintomáticos apresentaram menor tempo de resposta médio para auto-associações implícitas depressivas comparados à pacientes em remissão, depressivos unipolares e sujeitos saudáveis. Faz-se importante observar que o estudo holandês não tinha o mesmo constructo teórico, embora utilizasse o mesmo instrumento, o IAT. Além disso, faz-se relevante citar que não foram encontrados outros estudos que medissem auto-associações implícitas ligadas à condição de doente na população bipolar, o que dificulta a comparação com resultados anteriores. Nesse sentido, essa diferença pode ser explicada por uma forma de *insight* implícito entre os pacientes em mania ao se auto-associarem implicitamente à condição de doente frente à condição de saudável, a despeito da falta de acurácia na autoavaliação de *insight* explícito (Silva et al., 2013) apresentada pelos mesmos.

Em relação às correlações encontradas, o grupo eufímico apresentou correlações positivas para um índice de interferência do IAT e os itens #7 e #10 da escala ISAD. O item #7 da ISAD refere-se à consciência de sofrer com insônia ou hipersonia e o item #10 diz respeito à consciência de sofrer com sentimentos de culpa, ou autoestima exagerada ou grandiosidade. Este resultado pode ser explicado pelo maior grau de consciência dos pacientes em eutimia para identificar alterações. O resultado sugere que esta facilitação da consciência se dá tanto em nível explícito quanto implícito, havendo uma congruência entre ambos. Entre pacientes maníacos não foram encontradas correlações, o que mostra uma discrepância entre os níveis explícitos e implícitos de consciência apresentados por estes pacientes.

Uma das limitações desse estudo foi o tamanho da amostra de maníacos (n=14), assim como a dos controles (n=17), o que pode ter reduzido o poder estatístico de encontrar pequenas diferenças entre as médias dos grupos. Outra limitação é o fato deste estudo ter sido realizado em um hospital universitário, que atende pacientes mais graves gerando um viés na amostra participante. Esta

pesquisa também não contou com uma medida direta objetiva de autoavaliação de *insight* explícito entre os pacientes bipolares, não permitindo a comparação direta das duas medidas de *insight* feitas pelos mesmos pacientes. Até onde se tenha notícia este estudo faz parte do primeiro projeto da América Latina a avaliar pacientes bipolares a partir de medidas implícitas e explícitas. Ele se faz importante ao somar evidências no tratamento do TB e dos transtornos de humor em geral, ajudando a somar conhecimento no tema do *insight*, por meio de suas diferentes formas. Tendo em vista que a autoavaliação está comprometida nesta população, sobretudo quando se encontra em fase maníaca, o desenvolvimento de ferramentas que envolvam medidas implícitas pode ser importante no contexto clínico a fim de auxiliar no diagnóstico e tratamento dessa população.

5. Referências Bibliográficas

- Agnew, S. K., & Morris, R. G. (1998). The heterogeneity of anosognosia for memory impairment in Alzheimer's disease: A review of the literature and a proposed model. *Aging and Mental Health*, 2, 7–19.
- Akiskal, H. (2006). The necessity of integrating phenomenology and neurobiology in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94(1–3), 1–1. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.002>
- Bertrand, E., Dourado, M. C. N., Laks, J., Morris, R. G., Landeira-Fernandez, J., & Mograbi, D. C. (2016). Mood-congruent recollection and anosognosia in Alzheimer's disease. *Cortex*, 84, 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.09.001>
- Besharati, S., Forkel, S. J., Kopelman, M., Solms, M., Jenkinson, P. M., & Fotopoulou, A. (2016). Mentalizing the body: Spatial and social cognition in anosognosia for hemiplegia. *Brain*, 139(3), 971–985. <https://doi.org/10.1093/brain/awv390>
- Bitter, I., Fehér, L., Tényi, T., & Czobor, P. (2015). Treatment adherence and *insight* in schizophrenia. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata*, 30(1), 18–26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25867885>
- Bodnar, A., & Rybakowski, J. K. (2017). Mentalization deficit in bipolar patients

- during an acute depressive and manic episode: association with cognitive functions. *International Journal of Bipolar Disorders*, 5(1), 38.
<https://doi.org/10.1186/s40345-017-0107-3>
- Bora, E. (2016). Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/pcn.12410>
- Bourne, C., Aydemir, O., Balanzá-Martínez, V., Bora, E., Brissos, S., Cavanagh, J. T. O., ... Goodwin, G. M. (2013). Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: An individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(3), 149–162.
<https://doi.org/10.1111/acps.12133>
- Cocchini, G., Beschin, N., Fotopoulou, A., & Della Sala, S. (2010). Explicit and implicit anosognosia or upper limb motor impairment. *Neuropsychologia*, 48(5), 1489–1494. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.01.019>
- Cotrell, V., & Wild, K. (1999). Longitudinal study of self-imposed driving restrictions and deficit awareness in patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 13(3), 151–156. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10485574>
- da Silva, R. de A., Mograbi, D. C., Silveira, L. A. S., Nunes, A. L. S., Novis, F. D., Cavaco, P. A., ... Cheniaux, E. (2013). Mood self-assessment in bipolar disorder: a comparison between patients in mania, depression, and euthymia Autoavaliação do estado de humor no transtorno bipolar: uma comparação entre pacientes em mania, depressão, e eutímia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(2), 141–145.
<https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000200008>
- de Assis da Silva, R., Mograbi, D. C., Camelo, E. V. M., Morton, G. D., Landeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2015). Cross-cultural adaptation, validation and factor structure of the *Insight* Scale for Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 178, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.002>
- De Assis Da Silva, R., Mograbi, D. C., Landeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2014). O *insight* no transtorno bipolar: uma revisão sistemática *Insight* in bipolar disorder: a systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(3), 242–254. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000032>
- de Assis da Silva, R., Mograbi, D. C., Silveira, L. A. S., Nunes, A. L. S., Novis, F.

- D., Landeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2014). The reliability of self-assessment of affective state in different phases of bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 386–390.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000136>
- Depp, C. A., Dev, S., & Eyler, L. T. (2016). Bipolar depression and cognitive impairment. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(1), 95–109.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.09.004>
- Fotopoulou, A., Pernigo, S., Maeda, R., Rudd, A., & Kopelman, M. A. (2010). Implicit awareness in anosognosia for hemiplegia: unconscious interference without conscious re-representation. *Brain : A Journal of Neurology*, 133(Pt 12), 3564–3577. <https://doi.org/10.1093/brain/awq233>
- Ghaemi, S. N., Stoll, A. L., & Pope, H. G. (1995). Lack of *insight* in bipolar disorder. The acute manic episode. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(7), 464–467. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7623019>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., & Gurpegui, M. (2011). Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 186(2–3), 254–260.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.020>
- Hanford, L. C., Nazarov, A., Hall, G. B., & Sassi, R. B. (2016). Cortical thickness in bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar Disorders*, 18(1), 4–18.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12362>
- Hozer, F., & Houenou, J. (2016). Can neuroimaging disentangle bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 195, 199–214.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.039>
- Jabben, N., de Jong, P. J., Kupka, R. W., Glashouwer, K. A., Nolen, W. A., & Penninx, B. W. J. H. (2014). Implicit and explicit self-associations in bipolar disorder: A comparison with healthy controls and unipolar depressive disorder. *Psychiatry Research*, 215(2), 329–334.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.030>
- Jacob, K. S. (2016). *Insight* in Psychosis: An Indicator of Severity of Psychosis,

- an Explanatory Model of Illness, and a Coping Strategy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 194–201. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183078>
- Kesebir, S., İşitmez, S., & Gündoğar, D. (2012). Compulsive buying in bipolar disorder: Is it a comorbidity or a complication? *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 797–802. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.037>
- Lyon, H. M., Startup, M., & Bentall, R. P. (1999). Social Cognition and the Manic Defense: Attributions, Selective Attention, and Self-Schema in Bipolar Affective Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 273–282. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.2.273>
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (n.d.). The “object” of *insight* assessment: relationship to *insight* “structure”. *Psychopathology*, 34(5), 245–252. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11799319>
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1992). The assessment of *insight* in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 159–164. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1529740>
- Mograbi, D. C., Brown, R. G., & Morris, R. G. (2012). Emotional reactivity to film material in Alzheimer’s disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(5–6), 351–359. <https://doi.org/10.1159/000343930>
- Mograbi, D. C., & Morris, R. G. (2013). Implicit Awareness in Anosognosia: Clinical Observations, Experimental Evidence, and Theoretical Implications - Discussion Paper. *Cognitive Neuroscience*, 4(3–4), 181–209. <https://doi.org/10.1080/17588928.2013.833899>
- Mograbi, D. C., & Morris, R. G. (2014). The developing concept of implicit awareness: A rejoinder and reply to commentaries on Mograbi and Morris (2013). *Cognitive Neuroscience*, 1(1), 1–5. <https://doi.org/10.1080/17588928.2014.905522>
- Morris, R. G., & Mograbi, D. C. (2013). Anosognosia, autobiographical memory and self knowledge in Alzheimer’s disease. *Cortex*, 49(6), 1553–1565. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.09.006>
- Mur, M., Portella, M. J., Martínez-Arán, A., Pifarré, J., & Vieta, E. (2008). Long-term stability of cognitive impairment in bipolar disorder: a 2-year follow-up study of lithium-treated euthymic bipolar patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 712–719. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0504>

- Murphy, F. C., Sahakian, B. J., Rubinsztein, J. S., Michael, A., Rogers, R. D., Robbins, T. W., & Paykel, E. S. (1999). Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression. *Psychological Medicine*, *29*(6), 1307–1321. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10616937>
- Nieto, L., Ruiz, A. I., Blas-Navarro, J., Pousa, E., Cobo, J., Cuppa, S., & Obiols, J. E. (2012). Spanish adaptation of the Markova and Berrios *Insight* scale. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, *40*(5), 248–256. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076607>
- Passos, I. C., Kapczinski, N. S., Quevedo, J., Kauer-Sant’Anna, M., & Kapczinski, F. (2015). Staging Models and Functional Outcomes in Bipolar Disorder: Clinical Implications. *Current Treatment Options in Psychiatry*, *2*(3), 205–217. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0046-5>
- Passos, I. C., Mwangi, B., Vieta, E., Berk, M., & Kapczinski, F. (2016). Areas of controversy in neuroprogression in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *134*(2), 91–103. <https://doi.org/10.1111/acps.12581>
- Platman, S. R., Plutchik, R., Fieve, R. R., & Lawlor, W. G. (1969). Emotion Profiles Associated With Mania and Depression. *Archives of General Psychiatry*, *20*(2), 210. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1969.01740140082010>
- Quraishi, S., & Frangou, S. (2002). Neuropsychology of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, *72*(3), 209–226. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00091-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00091-5)
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *43*, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>
- Ryals, A. J., & Voss, J. L. (2013). Connections between mechanisms for anosognosia and implicit memory. *Cognitive Neuroscience*, *4*(3–4), 202–203. <https://doi.org/10.1080/17588928.2013.854757>
- Silva, R. D. A. Da, Mograbi, D. C., Bifano, J., Santana, C. M. T., & Cheniaux, E. (2016). *Insight* in bipolar mania: Evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *199*, 95–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.019>
- Swann, A. C., Gerard Moeller, F., Steinberg, J. L., Schneider, L., Barratt, E. S., &

- Dougherty, D. M. (2007). Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disorders*, 9(3), 206–212.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00357.x>
- Torres, I. J., Boudreau, V. G., & Yatham, L. N. (2007). Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 116(434), 17–26.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01055.x>
- Vannini, P., Amariglio, R., Hanseeuw, B., Johnson, K. A., McLaren, D. G., Chhatwal, J., ... Sperling, R. A. (2017). Memory self-awareness in the preclinical and prodromal stages of Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 99, 343–349. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.002>
- Watkins, P. C., Martin, C. K., & Stern, L. D. (2000). Unconscious Memory Bias in Depression: Perceptual and Conceptual Processes. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 282–289. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.109.2.282>

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos participantes

	Controles Saudáveis	Eutímicos TB (n = 24)	Maníacos TB	Diferenças de grupos
	(n=17) M (DP)	M (DP)	(n=14) M (DP)	
Idade	48.52 (12.55)	55.11 (18.85)	49.92 (7.80)	C = E = M
Nível educacional	11.52 (3.12)	9.33 (3.14)	11.64 (2.34)	M = E < C
Sexo*	3/14	8/12	2/12	C = M < E
YMRS	–	2.2 (3.3)	20.4 (5.3)	E < M
HAM-D	–	3.3(4.4)	8.8(4.9)	E < M
PANSS-p	–	7.3 (0.9)	12.8 (2.5)	E < M
CGI-BP Global	–	1.3 (0.4)	3.9 (0.8)	E < M
ISAD	–	7.70(4.75)	22.71(10.05)	E < M

E – Eutímia; C – Controle; M – Mania; *#masculino/feminino; HAM-D = Hamilton Depression Scale; YMRS = Young Manic Rating Scale; PANSS-p = Positive and Negative Syndrome Scale, positive symptom subscale; CGI-BP = Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness; ISAD = *Insight* Scale for Affect Disorder; DP = desvio padrão.

Apêndice A2

Lista de palavras IAT-Condição

Eu: eu, meu, mim, próprio, minha

Outro: outro, eles, deles, seu, suas

Doente: bipolar, doença, crise, transtorno, internado

Saudável: saudável, saúde, bem, estável, sadio

4 – Discussão Geral

Esta dissertação chega ao seu fim após apresentar dois artigos de caráter experimental que tiveram por objetivo investigar a presença de formas de *insight* implícito e explícito em pacientes com TB. Para isso, foram conduzidos dois estudos utilizando o IAT, que é um Teste de Associação Implícita, desenvolvido por Greenwald e colegas (1995). Os presentes estudos encontraram diferenças entre os grupos de bipolares (em mania e eutímia) e controles saudáveis em relação à medida de *insight* explícito empregada, e acharam evidências de diferenças significativas entre os grupos para a condição nas ANOVAs de design misto conduzidas em ambos os estudos. Dessa forma é possível supor a presença de formas de *insight* implícito entre pacientes bipolares.

Nos dois estudos conduzidos, nas comparações das variáveis clínicas realizadas entre os grupos de maníacos e eutímicos foram encontradas diferenças significativas com o grupo maníaco pontuando mais alto em todos os sintomas. Isto significa que em ambos os estudos, o grupo eutímico apresentou uma sintomatologia geral ligada ao TB com menor intensidade do que o grupo de maníacos. Em relação ao *insight* explícito, em ambos os estudos, os maníacos pontuaram mais alto na escala ISAD do que os eutímicos. Desse modo, eles avaliaram-se de modo equivalente ao segundo grupo, apesar de estarem mais comprometidos por conta do estado de humor atual.

O primeiro estudo buscou investigar a presença de auto-associações para palavras ligadas à sintomas de mania entre pacientes bipolares (em mania e em eutímia) comparados à controles saudáveis, replicando parcialmente estudo conduzido por Jabben e colegas (2014), onde foram encontradas discrepâncias entre medidas explícitas e implícitas entre pacientes bipolares sintomáticos comparados à pacientes em remissão, unipolares depressivos e controles saudáveis, além de diferenças no tempo de reação médio entre tais grupos para auto-associações implícitas depressivas. Foi encontrada uma diferença significativa para condição entre os grupos, o que revela um maior tempo de latência para auto-associações implícitas versus hétero-associações implícitas.

Isso significa que estes pacientes apresentam um nível de interferência ao terem que realizar auto-associações negativas do TB. Este resultado, para o grupo dos maníacos sugere a presença de uma forma de *insight* implícito, haja visto que estes pacientes se autoavaliaram de forma positiva, conforme mostram os escores da ISAD coletados no estudo. Além disso, a ausência de correlações para este grupo, e a presença para eutímicos, reforça a hipótese do *insight* implícito, tendo em vista que há uma dissociação entre uma saída metacognitiva e outra implícita conforme prevê o modelo do CAM (Morris & Mograbi, 2013).

O segundo artigo ocupou-se do estudo de auto-associações para palavras ligadas à condição de saudável *versus* doente entre pacientes com TB (eutímicos e maníacos) *versus* controles saudáveis. Nesse estudo, os pacientes em mania demonstraram menor nível de *insight* explícito por meio dos escores médios obtidos pela escala ISAD comparados com os pacientes em eutimia. Não foi encontrada na literatura nenhuma pesquisa semelhante à esta que investigasse o *insight* em pacientes bipolares, de modo que a comparação com resultados anteriores fica comprometida. Como resultado, foram encontradas diferenças no tempo médio de reação entre os grupos para estas auto-associações implícitas *versus* hétero-associações implícitas ligadas à condição de doente *versus* saudável. Este resultado demonstra que os pacientes em mania apresentavam maior tempo de latência para se auto-associar à condição de doente. Este índice de interferência obtido entre pacientes em mania associado à ausência de correlações sugere a presença de uma forma de *insight* implícito neste grupo, tendo em vista que eles se autoavaliaram explicitamente como os eutímicos, ou seja, sem a presença de sintomas. Esta dissociação no padrão de consciência entre os maníacos pode ser explicada pelo modelo do CAM (Morris e Mograbi, 2013), que prevê uma rota emocional, implícita da consciência, e uma rota metacognitiva, verbal.

Os dois estudos realizados tiveram por objetivo investigar a presença de uma forma implícita de *insight* entre pacientes com TB. Para isso, foi escolhido o modelo teórico do CAM que prevê a integração de processos mnêmicos, de monitoramento e de comparação no provimento de uma forma de consciência metacognitiva e de uma saída emocional implícita (Mograbi & Morris, 2013). De forma que por meio da atividade de um viés atencional esperava-se que a saída de caráter emocional (implícita) do CAM gerasse diferenças no tempo médio de

recuperação das associações nos dois estudos envolvendo o IAT. Conforme prevê o modelo, apesar da dissociação na produção de consciência (implícita e explícita), há uma comunicação entre estas o MAS e a saída de recuperação implícita. Dessa forma, esse efeito de interferência pode estar na origem desta dessas diferenças entre os grupos em ambos os estudos.

Os dois estudos contaram com uma amostra reduzida de pacientes em mania. Além disso, o grupo de controles saudáveis também teve uma amostra um pouco menos reduzida, embora não alcançasse o mesmo tamanho da amostra de eutímicos, que foi o grupo mais representativo do estudo. O fato desses estudos terem sido conduzidos entre pacientes advindos de um hospital universitário também é uma das limitações, pois apresenta um viés de seleção em relação à população em geral e maior gravidade do que o restante da população que sofre com o TB.

A importância desses estudos se dá no sentido de somar evidências na área do *insight* entre pacientes com TB. Há uma escassez de estudos entre pacientes com TB (De Assis Da Silva et al., 2014), de modo que devido ao comprometimento de *insight* entre pacientes, sobretudo quando viram para o pólo maníaco do transtorno, a autoavaliação fica prejudicada, gerando impacto na adesão ao tratamento. Dessa forma, evidências que explorem a presença de formas de *insight* explícito e implícito entre tais pacientes de acordo com o estado de humor são relevantes para o diagnóstico e tratamento dos transtornos de humor em geral, e do TB em específico.

5 – Referências bibliográficas

Akiskal, H. S., & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22(3), 517–34, vii. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10550853>

Aldinger, F., & Schulze, T. G. (2016). Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. <https://doi.org/10.1111/pcn.12433>

Assis, R. De. (2015). *O insight no transtorno bipolar*.

Babinski MJ. Contribution a` l'etude des troubles mentaux dans l'he´miple´gie organique cerebrale (Anosognosie). *Revue Neurologique*, 27: 845e848, 1914.

Bertrand, E., Dourado, M. C. N., Laks, J., Morris, R. G., Landeira-Fernandez, J., & Mograbi, D. C. (2016). Mood-congruent recollection and anosognosia in Alzheimer's disease. *Cortex*, 84, 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.09.001>

Bhui, K., & Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, 181(1).

Bora, E. (2016). Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/pcn.12410>

Bourne, C., Aydemir, O., Balanzá-Martínez, V., Bora, E., Brissos, S., Cavanagh, J. T. O., ... Goodwin, G. M. (2013). Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: An individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(3), 149–162. <https://doi.org/10.1111/acps.12133>

Bower, G. H. (1981). Mood and Memory. *Am. Psychol.*, 36(2), 129–148. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90052-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90052-0)

Buchanan, T. W. (2007). Retrieval of emotional memories. *Psychological Bulletin*, 133(5), 761–79. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.761>

Conway. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53 (2005) 594–628. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>

Craddock, N., & Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *Lancet (London, England)*, 381(9878), 1654–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60855-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60855-7)

da Silva, R. de A., Mograbi, D. C., Silveira, L. A. S., Nunes, A. L. S., Novis, F. D., Cavaco, P. A., ... Cheniaux, E. (2013). Mood self-assessment in bipolar disorder: a comparison between patients in mania, depression, and euthymia Autoavaliação do estado de humor no transtorno bipolar: uma comparação 17 entre pacientes em mania, depressão, e eutímia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(2), 141–145. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000200008>

De Assis Da Silva, R., Mograbi, D. C., Landeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2014). O *insight* no transtorno bipolar: uma revisão sistemática *Insight* in bipolar disorder: a systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(3), 242–254. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000032>

de Assis da Silva, R., Mograbi, D. C., Silveira, L. A. S., Nunes, A. L. S., Novis, F. D., Landeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2014). The reliability of self-assessment of affective state in different phases of bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 386–90. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000136>

De Houwer, J. (2002). The Implicit Association Test as a tool for studying dysfunctional associations in psychopathology: strengths and limitations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 115–133.

Dell’Osso, B., Grancini, B., Vismara, M., De Cagna, F., Maggi, M., Molle, M., ... Altamura, A. C. (2016). Age at onset in patients with bipolar I and II

disorder: A comparison of large sample studies. *Journal of Affective Disorders*, 201, 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.009>

Eich, E., & Macaulay, D. (2000). Are real moods required to reveal mood-congruent and mood-dependent memory? *Psychological Science*, 11(3), 244–248. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00249>

Fitzgerald, D. A., Arnold, J. F., Becker, E. S., Speckens, A. E. M., Rinck, M., Rijpkema, M., ... Tendolkar, I. (2011). How mood challenges emotional memory formation: An fMRI investigation. *NeuroImage*, 56(3), 1783–1790. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.02.061>

Fotopoulou, A., Pernigo, S., Maeda, R., Rudd, A., & Kopelman, M. A. (2010). Implicit awareness in anosognosia for hemiplegia: unconscious interference without conscious re-representation. *Brain : A Journal of Neurology*, 133(Pt 12), 3564–77. <https://doi.org/10.1093/brain/awq233>

Gaddy, M. A., & Ingram, R. E. (2014). A meta-analytic review of mood-congruent implicit memory in depressed mood. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 402–416. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.001>

Gallagher, S., & Zahavi, D. (2005). Phenomenological Approaches to Self-Consciousness.

Glashouwer, K. A., & de Jong, P. J. (2010). Disorder-specific automatic self-associations in depression and anxiety: results of The Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Psychological Medicine*, 40(7), 1101–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991371>

Graf, P., & Schacter, D. L. (1985). Implicit and Explicit Memory for New Associations in Normal and Amnesic Subjects. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 11(3), 501–518.

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)

Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit Social Cognition: Attitudes, Self-Esteem, and Stereotypes. *Psychological Review*, *102*(1), 4–27.

Greenwald, A. G., Mcghee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(6), 1464–1480.

Greenwald, A. G., & Nosek, B. A. (2003). Understanding and Using the Implicit Association Test : I . An Improved Scoring Algorithm. *Journal of Personality*, *85*(2), 197–216. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.197>

Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Parikh, S. V. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*, *148*(1), 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.034>

Ibáñez, A., Velásquez, M. M., Caro, M. M., & Manes, F. (2013). Implicit emotional awareness in frontotemporal dementia. *Cognitive Neuroscience*, *4*(3–4), 204–206. <https://doi.org/10.1080/17588928.2013.854756>

Jabben, N., de Jong, P. J., Kupka, R. W., Glashouwer, K. A., Nolen, W. A., & Penninx, B. W. J. H. (2014). Implicit and explicit self-associations in bipolar disorder: A comparison with healthy controls and unipolar depressive disorder. *Psychiatry Research*, *215*(2), 329–334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.030>

Jacob, K. S. (2016). *Insight in Psychosis: An Indicator of Severity of Psychosis, an Explanatory Model of Illness, and a Coping Strategy*. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *38*(3), 194–201. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183078>

Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Denicoff, K. D., Nolen, W. A., ... Post, R. M. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, *51*(4), 288–97. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11958779>

Lewis, A. (1934). THE PSYCHOPATHOLOGY OF *INSIGHT*. *British Journal of Medical Psychology*, 14(4), 332–348. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1934.tb01129.x>

Lewis, P. A., Critchley, H. D., Smith, A. P., & Dolan, R. J. (2005). Brain mechanisms for mood congruent memory facilitation. *NeuroImage*, 25(4), 1214–1223. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.11.053>

Lewis, P., & Critchley, H. (2003). Mood-dependent memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(10), 429–431. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2003.08.009>

Lewis, V. E., & Williams, R. N. (1989). Mood-congruent vs. mood-state-dependent learning: implications for a view of emotion. *Mood and Memory: Theory, Research, and Applications, Volume 4 of the Special Issue of the Journal of Social Behavior and Personality*, 4(2), 157–171.

Loeffler, S. N., Myrtek, M., & Peper, M. (2013). Mood-congruent memory in daily life: Evidence from interactive ambulatory monitoring. *Biological Psychology*, 93(2), 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.03.002>

Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1992). The assessment of *insight* in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 159–64. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1529740>

Mograbi, D. C., & Morris, R. G. (2013a). Implicit Awareness in Anosognosia: Clinical Observations, Experimental Evidence, and Theoretical Implications - Discussion Paper. *Cognitive Neuroscience*, 4(3–4), 181–209. <https://doi.org/10.1080/17588928.2013.833899>

Mograbi, D. C., & Morris, R. G. (2013b). On the Relation among Mood, Apathy, and Anosognosia in Alzheimer's Disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20, 1–6. <https://doi.org/10.1017/S1355617713001276>

Mograbi, D. C., & Morris, R. G. (2014). The developing concept of implicit awareness: A rejoinder and reply to commentaries on Mograbi and Morris

(2013). *Cognitive Neuroscience*, 1(1), 1–5.
<https://doi.org/10.1080/17588928.2014.905522>

Morris, R. G., & Mograbi, D. C. (2013). Anosognosia, autobiographical memory and self knowledge in Alzheimer's disease. *Cortex*, 49(6), 1553–1565. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.09.006>

Mythri, S. V., & Sanjay, Y. (2016). Recent Neurobiological *Insights* into the Concept of *Insight* in Psychosis. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 189–93. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183077>

Nardone, I. B., Ward, R., Fotopoulou, A., & Turnbull, O. H. (2007). Attention and emotion in anosognosia: evidence of implicit awareness and repression? *Neurocase*, 13(5), 438–45.
<https://doi.org/10.1080/13554790701881749>

National Institute of Mental Health. (2015). National Institute of Mental Health. *Eating Disorders*.

Nivoli, A. M. A., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., ... Colom, F. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 443–449. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.055>

Nosek, B. A., Banaji, M. R., & Greenwald, A. G. (2002). Harvesting Implicit Group Attitudes and Beliefs From a Demonstration Web Site. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(1), 101–115.
<https://doi.org/10.1037//1089-2699.6.1.101>

Palmer, E. C., & David, A. S. (2013). More work on lack of awareness and *insight* in healthy people and psychiatric patients will assist model building. *Cognitive Neuroscience*, 4(3–4), 206–207.
<https://doi.org/10.1080/17588928.2013.854759>

Passos, I. C., Kapczinski, N. S., Quevedo, J., Kauer-Sant'Anna, M., & Kapczinski, F. (2015). Staging Models and Functional Outcomes in Bipolar Disorder: Clinical Implications. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(3), 205–217. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0046-5>

Passos, I. C., Mwangi, B., Vieta, E., Berk, M., & Kapczinski, F. (2016). Areas of controversy in neuroprogression in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 91–103. <https://doi.org/10.1111/acps.12581>

Quraishi, S., & Frangou, S. (2002). Neuropsychology of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 209–226. [https://doi.org/10.1016/S0165-210327\(02\)00091-5](https://doi.org/10.1016/S0165-210327(02)00091-5)

Reddy, M. S. (2016). Lack of *Insight* in Psychiatric Illness: A Critical Appraisal. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 169–71. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183080>

Ryals, A. J., & Voss, J. L. (2013). Connections between mechanisms for anosognosia and implicit memory. *Cognitive Neuroscience*, 4(3–4), 202–3. <https://doi.org/10.1080/17588928.2013.854757>

Schooler J. W., Ohlsson S., Brooks K. (1993). Thoughts beyond words: when language overshadows *insight*. *J. Exp. Psychol. Gen.* 122, 166–183. [10.1037/0096-3445.122.2.166](https://doi.org/10.1037/0096-3445.122.2.166)

Silva, R. D. A. Da, Mograbi, D. C., Bifano, J., Santana, C. M. T., & Cheniaux, E. (2016). *Insight* in bipolar mania: Evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 199, 95–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.019>

Victoria, M. S. da, & Fontenelle, L. F. (2011). The Implicit Association Test in obsessive-compulsive disorder (IAT-OCD): internal consistency and correlation with explicit assessments. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(2), 53–56. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000200002>

Vieta, E., & Phillips, M. L. (2007). Deconstructing bipolar disorder: a critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 886–92. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm057>

Walker, W. R., Skowronski, J. J., & Thompson, C. P. (2003). Life Is Pleasant—and Memory Helps to Keep It That Way! *Review of General Psychology*, 7(2), 203–210. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.2.203>

Watkins, P. C., Martin, C. K., & Stern, L. D. (2000). Unconscious Memory Bias in Depression: Perceptual and Conceptual Processes. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 282–289. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.109.2.282>

6 – Anexos

Anexo I

Escala de consciência de morbidade para transtornos afetivos (do humor) (ISAD-BR)

Indique o escore apropriado com um X: 0=não pode ser avaliado ou item não relevante;
1=consciência; 3=consciência moderada; 5=sem consciência.

- 1 - Consciência de sofrer de um transtorno afetivo (do humor).
- 2 - Consciência da eficácia do tratamento para os sintomas atuais ou para prevenir recidivas.
- 3 - Consciência das consequências da doença sobre o trabalho, família e vida social.
- 4 - Consciência de apresentar humor deprimido/expansivo ou irritável (conforme apropriado).
- 5 - Consciência de apresentar acentuado(a) aumento/redução de atividades prazerosas (conforme apropriado).
- 6 - Consciência de apresentar ganho/perda significativo(a) de peso (conforme apropriado).
- 7 - Consciência de apresentar insônia ou hipersonia (conforme apropriado).
- 8 - Consciência de apresentar alentecimento ou agitação psicomotor(a) (conforme apropriado).
- 9 - Consciência de apresentar fadiga ou excesso de energia.
- 10 - Consciência de apresentar sentimentos de inutilidade ou culpa, ou autoestima aumentada ou grandiosidade.
- 11 - Consciência de apresentar lentidão da fala ou verborragia/tagarelice (conforme apropriado).
- 12 - Consciência de apresentar bradipsiquismo/fuga de idéias (conforme apropriado).
- 13 - Consciência de apresentar baixo nível de atenção/distração.
- 14 - Consciência de apresentar aparência desleixada.
- 15 - Consciência de apresentar sintomas de confusão-desorientação.
- 16 - Consciência de ter relações sociais pobres.
- 17 - Consciência de apresentar delírios e alucinações (conforme apropriado)

Anexo II

Escala de Hamilton – Depressão

Todos os ítems devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente.

1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.
2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.
3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente

1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.
2. Idéias de culpa ou ruminância sob
4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente.

1. Sente que a vida não vale a pena.
2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.
3. Idéias ou gestos suicidas.
4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono.

1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.
re erros passados ou más ações.
3. A doença atual é um castigo.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldades.

1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldades.

1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0. Sem dificuldades.

1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.
2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).
3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).
4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

- 0. Pensamento e fala normais.
- 1. Leve retardo à entrevista.
- 2. Retardo óbvio à entrevista.
- 3. Entrevista difícil.
- 4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

- 0. Nenhuma.
- 1. Inquietude.
- 2. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.
- 3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.
- 4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0. Sem dificuldade.
- 1. Tensão e irritabilidade subjetivas.
- 2. Preocupação com trivialidades.
- 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
- 4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;

Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Freqüência urinária; Sudorese

0. Ausente :

- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Grave
- 4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

- 0. Nenhum
- 1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdome
- 2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

- 0. Nenhum
- 1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço.
- 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENTAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

- 0. Ausentes
- 1. Leves
- 2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

- 0. Ausente
- 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2. Preocupação com a saúde
- 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.
- 4. Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica 186 0. Sem perda de peso.

1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.
2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.
1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.
2. Mais de 1 Kg de perda por semana.
3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente.
 1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
 2. Nega estar doente.

Anexo III

Escala de avaliação de mania de Young

Item - definição

01. Humor e afeto elevados

Este item compreende uma sensação difusa e prolongada, subjetivamente experimentada e relatada pelo indivíduo, caracterizada por sensação de bem-estar, alegria, otimismo, confiança e ânimo. Pode haver um afeto expansivo, ou seja, uma expressão dos sentimentos exagerada ou sem limites, associada à intensa relação com sentimentos de grandeza (euforia). O humor pode ou não ser congruente ao conteúdo do pensamento.

- (0) Ausência de elevação do humor ou afeto
- (1) Humor ou afeto discreta ou possivelmente aumentados, quando questionado.
- (2) Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, autoconfiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento.
- (3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso.
- (4) Eufórico; risos inadequados, cantando.
- (X) Não avaliado

02. Atividade motora - energia aumentada

Este item compreende a psicomotricidade - e expressão corporal - apresentada pelo paciente, incluindo a sua capacidade em controlá-la, variando desde um grau de normalidade, até um estado de agitação, com atividade motora sem finalidade, não influenciada por estímulos externos. O item compreende ainda o relato subjetivo do paciente, quanto à sensação de energia, ou seja, capacidade de produzir e agir.

- (0) Ausente
- (1) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora
- (2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados
- (3) Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado).
- (4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado).
- (X) Não avaliado

03. Interesse sexual

Este item compreende idéias e/ou impulsos persistentes relacionados a questões sexuais, incluindo a capacidade do paciente em controlá-los. O interesse sexual pode restringir-se a pensamentos e desejos não concretizados, em geral verbalizados apenas após solicitação, podendo chegar até a um comportamento sexual frenético e desenfreado, sem qualquer controle ou crítica quanto a riscos e normas morais.

- (0) Normal; sem aumento.
- (1) Discreta ou possivelmente aumentado
- (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado.
- (3) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hipersexualidade.
- (4) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas.
- (X) Não avaliado

04. Sono

Este item inclui a redução ou falta da capacidade de dormir, e/ou a redução ou falta de necessidade de dormir, para sentir-se bem-disposto e ativo.

- (0) Não relata diminuição do sono
- (1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual.

(2) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual.

(3) Relata diminuição da necessidade de sono

(4) Nega necessidade de sono

(X) Não avaliado

05. Irritabilidade

Este item revela a predisposição afetiva para sentimentos/emoções como raiva ou mau-humor apresentados pelo paciente frente a estímulos externos. Inclui baixo-limiar à frustração, com reações de ira exagerada, podendo chegar a um estado constante de comportamento desafiador, querelante e hostil.

(0) Ausente

(2) Subjetivamente aumentada

(4) Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria

(6) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo.

(8) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível.

(X) Não avaliado

06. Fala (velocidade e quantidade)

Este item compreende a velocidade e quantidade do discurso verbal apresentado pelo paciente. Inclui sua capacidade de percebê-lo e controlá-lo, por exemplo, frente a solicitações para que permaneça em silêncio ou permita que o entrevistador fale.

(0) Sem aumento

(2) Percebe-se mais falante do que o seu habitual

(4) Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborréico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala).

(6) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador).

(8) Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador).

(X) Não avaliado

07. Linguagem - Distúrbio do pensamento

Este item refere-se a alterações da forma do pensamento, avaliado pelas construções verbais emitidas pelo paciente. O pensamento pode estar mais ou menos desorganizado, de acordo com a gravidade das alterações formais do pensamento, descritas a seguir:

Circunstancialidade: fala indireta que demora para atingir o ponto desejado, mas eventualmente vai desde o ponto de origem até o

objetivo final, a despeito da superinclusão de detalhes;

Tangencialidade: incapacidade para manter associações do pensamento dirigidas ao objetivo - o paciente nunca chega do

ponto inicial ao objetivo final desejado;

Fuga de idéias: verbalizações rápidas e contínuas, ou jogos de palavras que produzem uma constante mudança de uma idéia para outra; as idéias tendem a estar conectadas e, mesmo em formas menos graves, podem ser difíceis de ser acompanhadas pelo ouvinte;

Ecolalia consonante: repetição automática de palavras ou frases, com entonação e forma que produzem efeito sonoro de rima;

Incoerência: fala ou pensamento essencialmente incompreensíveis aos outros, porque as palavras ou frases são reunidas sem uma conexão com lógica e significado.

(0) Sem alterações

(1) Circunstancial; pensamentos rápidos.

- (2) Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados
- (3) Fuga de idéias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante
- (4) Incoerência; comunicação impossível.
- (X) Não avaliado

08. *Conteúdo*

Este item compreende idéias e crenças apresentadas pelo paciente, variando, de acordo com a intensidade, de idéias novas e/ou incomuns ao paciente, ideação supervalorizada (ou seja, crença falsa, intensamente arraigada, porém susceptível à argumentação racional), a delírios (crenças falsas, baseadas em inferências incorretas sobre a realidade, inconsistentes com a inteligência e antecedentes culturais do paciente, e que não podem ser corrigidas pela argumentação). Conteúdos comumente encontrados no paciente maníaco, incluem:

Idéias místicas: de conteúdo religioso;

Idéias paranóides: crença de estar sendo molestado ou perseguido;

Idéias de grandeza: concepção exagerada da própria importância, poder ou identidade, incluindo posses materiais, qualidades incomuns e relacionamentos especiais com personalidades famosas ou entidades místicas;

Idéias de referência: crença de que o comportamento dos outros tem relação consigo próprio ou de que eventos, objetos ou outras pessoas possuem um significado particular e incomum para si.

- (0) Normal
- (2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sócio-cultural do paciente, mas questionáveis.
- (4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente; hiper-religioso.
- (6) Idéias supervalorizadas
- (8) Delírios
- (X) Não avaliado

09. *Comportamento disruptivo agressivo*

Este item compreende a atitude e as respostas do paciente ao entrevistador e à situação da entrevista. O paciente pode apresentar-se desconfiado ou irônico e sarcástico, mas ainda assim respondendo aos questionamentos, ou então não cooperativo e francamente agressivo, inviabilizando a entrevista.

- (0) Ausente, cooperativo.
- (2) Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado.
- (4) Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada.
- (6) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível.
- (X) Não avaliado

10. *Aparência*

Este item compreende a apresentação física do paciente, incluindo aspectos de higiene, asseio e modo de vestir-se.

- (0) Arrumado e vestido apropriadamente
- (1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados.
- (2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero.
- (3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante.
- (4) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras.
- (X) Não avaliado

11. *Insight (discernimento)*

Este item refere-se ao grau de consciência e compreensão do paciente quanto ao fato de estar doente. Varia de um entendimento adequado (afetivo e intelectual) quanto à presença da doença, passando por concordância apenas frente à argumentação, chegando a uma negação total de sua enfermidade, referindo estar em seu comportamento normal e não necessitando de qualquer tratamento.

(0) *Insight* presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento

(1) *Insight* duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento.

(2) *Insight* prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento.

(3) *Insight* ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento.

(4) *Insight* ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento.

(X) Não avaliado

Anexo IV

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL – VERSÃO BIPOLAR (CGI-BP)

Item I – Gravidade da doença

Considerando sua experiência clínica total com pacientes bipolares, quão gravemente doente tem estado o paciente durante a última semana?

MANIA: _____

DEPRESSÃO: _____

TR. BIPOLAR GLOBAL: _____

Escores:

1 – Normal, não doente (sem sintomas)

2 – Minimamente doente (sintomas mínimos, manteve funcionamento eficiente)

3 – Levemente doente (baixo nível de sintomas, sofrimento subjetivo, pouco ou nenhum prejuízo funcional)

4 – Moderadamente doente (alguns sintomas proeminentes, prejuízo funcional moderado)

5 – Acentuadamente doente (sintomas significativos, prejuízo funcional muito substancial)

6 – Gravemente doente (sintomas muito evidentes, incapaz de funcionar na maioria das áreas)

7 – Muito gravemente doente (sintomas extremos, completamente incapacitado, requerendo cuidados extra)

Anexo V

PANSS – Positive Scale

P1 – DELÍRIOS: Crenças que são infundadas, irrealistas, e idiossincráticas.

Base para avaliar: conteúdo do pensamento expresso na entrevista e sua influência nas relações sociais e no comportamento.

1 – Ausente – A definição não se aplica.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no extremo superior dos limites normais.

3 – Leve – Presença de um ou dois delírios que são vagos, não cristalizados e não tenazmente mantidos. Os delírios não interferem com o pensamento, relações sociais ou comportamento.

4 – Moderado – Presença de uma série de delírios instáveis, pobremente formados, ou de alguns delírios bem formados que ocasionalmente interferem com o pensamento, relações sociais ou comportamento.

5 - Moderado grave – Presença de numerosos delírios bem formados que são tenazmente mantidos e ocasionalmente interferem com o pensamento, relações sociais ou comportamento.

6 – Grave – Presença de um conjunto estável de delírios que são cristalizados, possivelmente sistematizados, tenazmente mantidos, e claramente interferem com o pensamento, relações sociais ou comportamento.

7 – Extremo – Presença de um conjunto estável de delírios que são altamente sistematizados ou muito numerosos e que dominam a maior parte das áreas da vida do paciente. Isso freqüentemente resulta em ação inapropriada ou irresponsável, a qual pode até mesmo ameaçar a segurança do paciente ou de outros.

P2 – DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Processo desorganizado de pensamento caracterizado pela ruptura do seqüenciamento direcionado a um objetivo (por ex., circunstancialidade, tangencialidade, afrouxamento das associações, ilogicidade grosseira, ou bloqueio do pensamento).

Base para avaliar: processo cognitivo-verbal observado durante o curso da entrevista.

1 – Ausente – A definição não se aplica.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no extremo superior dos limites normais.

3 – Leve – O pensamento é circunstancial, tangencial ou paralógico. Há alguma dificuldade em direcionar os pensamentos para um objetivo, e algum afrouxamento das associações pode ser evidenciado sob pressão.

4 – Moderado – Capaz de focar os pensamentos quando as comunicações são breves e estruturadas, mas se torna frouxo ou irrelevante quando lida com comunicações mais complexas ou quando está sob mínima pressão.

5 - Moderado grave – Geralmente tem dificuldade em organizar os pensamentos, como evidenciado por freqüentes irrelevâncias, perda da conectividade, ou afrouxamento das associações quando não está sob pressão.

6 – Grave – O pensamento está seriamente descarrilado e internamente inconsistente, resultando em irrelevâncias grosseiras e ruptura dos processos de pensamento, o que ocorre quase constantemente.

7 – Extremo – Os pensamentos apresentam tal ruptura que o paciente está incoerente. Há um acentuado afrouxamento das associações, o que resulta em total fracasso da comunicação (por ex. “salada de palavras”) ou mutismo.

P3 – COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO: Relato verbal ou comportamento indicando percepções que não são geradas por estímulos externos. Isso pode ocorrer nas modalidades auditiva, visual, olfativa ou somática.

Base para avaliar: relato verbal e manifestações físicas durante o curso da entrevista, assim como relatos de comportamento por parte de trabalhadores de cuidados primários ou familiares.

1 – Ausente – A definição não se aplica.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no extremo superior dos limites normais.

3 – Leve – Uma ou duas alucinações claramente formadas porém raras, ou então um número de percepções anormais vagas que não resultam em distorções do pensamento ou do comportamento.

4 – Moderado – Alucinações ocorrem freqüente mas não continuamente, e o pensamento e o comportamento do paciente são afetados apenas em pequena monta.

5 - Moderado grave – Alucinações são freqüentes, podem envolver mais de uma modalidade sensorial e tendem a distorcer o pensamento e/ou levam a uma ruptura no comportamento. O paciente pode ter uma interpretação delirante dessas experiências e responder a elas emocionalmente e, às vezes, responder a elas verbalmente também.

6 – Grave – Alucinações estão presentes quase continuamente, causando uma grande ruptura no pensamento e no comportamento. O paciente as trata como percepções reais, o funcionamento é impedido pelas freqüentes respostas emocionais e verbais a elas.

7 – Extremo – O paciente está quase totalmente preocupado com alucinações, as quais virtualmente dominam o pensamento e o comportamento. As alucinações levam a uma rígida interpretação delirante e provocam respostas verbais e comportamentais, incluindo obediência a alucinações imperativas.

P4 – EXCITAÇÃO: Hiperatividade como refletida em comportamento motor acelerado, resposta exacerbada a estímulos, hipervigilância, ou excessiva labilidade afetiva.

Base para avaliar: manifestações comportamentais durante o curso da entrevista, assim como relatos de comportamento por parte de trabalhadores de cuidados primários ou familiares.

1 – Ausente – A definição não se aplica.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no extremo superior dos limites normais.

3 – Leve – Tende a ficar levemente agitado ou hipervigilante durante a entrevista, mas sem episódios de excitação ou acentuada labilidade de humor. Pode haver uma leve pressão para a fala.

4 – Moderado – Agitação ou hipervigilância é claramente evidente durante a entrevista, afetando a fala e a mobilidade geral, ou episódios de “explosão” ocorrem esporadicamente.

5 - Moderado grave – Hiperatividade significativa ou freqüentes “explosões” de atividade motora são observadas, tornando difícil para o paciente permanecer sentado por mais do que alguns minutos num dado período.

6 – Grave – Excitação acentuada domina a entrevista, restringe a atenção, e afeta até certo ponto funções pessoais tais como alimentar-se e dormir.

7 – Extremo - Excitação acentuada interfere seriamente com a alimentação e o sono e faz as interações interpessoais virtualmente impossíveis. A aceleração da fala e da atividade motora podem resultar em incoerência e exaustão.

P5 – GRANDIOSIDADE: Auto-opinião exagerada e convicções não realistas de superioridade, incluindo delírios de habilidades extraordinárias, riqueza, conhecimento, fama, poder e correção moral.

Base para avaliar: o conteúdo do pensamento expresso na entrevista e sua influência no comportamento.

1 – Ausente – A definição não se aplica.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no extremo superior dos limites normais.

3 – Leve – Alguma expansividade ou presunção é evidente, mas sem delírios de grandeza bem delineados.

4 – Moderado – Sente-se distinta e irrealisticamente superior aos outros. Alguns delírios pobremente formados sobre status ou habilidades especiais podem estar presentes mas não produzem nenhum efeito.

5 - Moderado grave – Delírios bem delineados relativos a habilidades notáveis, status, ou poder são expressos e influenciam a atitude mas não o comportamento.

6 – Grave – Delírios bem delineados de notável superioridade envolvendo mais de um parâmetro (riqueza, conhecimento, fama, etc.) são expressos, influenciam notavelmente as interações, e podem afetar o comportamento.

7 – Extremo – O pensamento, as interações e o comportamento são dominados por múltiplos delírios de assombrosa habilidade, riqueza, conhecimento, fama, poder, e/ou estatura moral, que podem ser bizarros.

P6 – SUSPICÁCIA / PERSEGUIÇÃO: Idéias de perseguição não realistas ou exageradas, como refletidas em precaução, uma atitude de desconfiança, hipervigilância suspicaz, ou delírios francos de que outros pretendem prejudicá-lo.

Base para avaliar: o conteúdo do pensamento expresso na entrevista e sua influência no comportamento.

1 – Ausente – A definição não se aplica.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no extremo superior dos limites normais.

3 – Leve – Apresenta uma atitude “defensiva” ou de franca desconfiança, mas pensamentos interações e comportamento são minimamente afetados.

4 – Moderado – A desconfiança é claramente evidente e se impõe na entrevista e/ou no comportamento, mas não há evidência de delírios persecutórios, e não parece afetar a atitude ou as relações interpessoais do paciente.

5 - Moderado grave – O paciente mostra acentuada desconfiança, levando a uma extensa ruptura das relações interpessoais, ou então há delírios persecutórios bem delineados que têm um impacto limitado nas relações interpessoais e no comportamento.

6 – Grave – Delírios de perseguição penetrantes e bem delineados que podem ser sistematizados e que interferem significativamente nas relações interpessoais.

7 – Extremo – Uma rede de delírios persecutórios sistematizados domina o pensamento, as relações sociais e o comportamento do paciente.

P7 – HOSTILIDADE: Expressões verbais e não verbais de raiva e ressentimento, incluindo sarcasmo, comportamento passivo-agressivo, insulto verbal e agressão.

Base para avaliar: comportamento interpessoal observado durante a entrevista e relatos por parte de trabalhadores de cuidados primários ou familiares.

1 – Ausente – A definição não se aplica.

2 – Mínimo – Patologia questionável: pode estar no extremo superior dos limites normais.

3 – Leve – Comunicação indireta ou disfarçada de raiva, tal como sarcasmo, desrespeito, expressões de hostilidade, e irritabilidade ocasional.

4 – Moderado – O paciente apresenta uma atitude excessivamente hostil, exibindo irritabilidade freqüente e expressão direta de raiva ou ressentimento.

5 - Moderado grave – O paciente está altamente irritável e, em certas ocasiões, está verbalmente insultuoso ou ameaçador.

6 – Grave – Ausência de cooperação e insultos ou ameaças verbais notavelmente influenciam e seriamente afetam as relações sociais. O paciente pode estar violento e destrutivo, mas não está fisicamente agressivo em relação aos outros.

7 – Extremo – Acentuada raiva resulta em extrema falta de cooperação, tornando impossível outras interações, ou episódio(s) de agressão física em relação aos outros.