

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rafael de Assis da Silva

**O *INSIGHT* NO TRANSTORNO BIPOLAR: CORRELAÇÕES COM
ASPECTOS CLÍNICOS**

**Rio de Janeiro
2017**

Rafael de Assis da Silva

O *insight* no transtorno bipolar: correlações com aspectos clínicos

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor em Psiquiatria.

Orientador: Prof. Dr. Elie Cheniaux

Rio de Janeiro

2017

Rafael de Assis da Silva

O insight no transtorno bipolar: correlações com aspectos clínicos

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor em Psiquiatria.

Examinada por:

Presidente, Prof. Dr. Elie Cheniaux

Prof. Dr. Alberto Filgueiras – PUC-RIO

Prof. Dr. Rafael Christophe da Rocha Freire – UFRJ

Prof. Dr. Daniel C. Mograbi – PUC-RIO

Prof. Dra. Valéria de Queiroz Pagnin – UFF

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

A todos os pacientes do ambulatório de transtorno bipolar que permitiram que eu fosse seu médico assistente ao longo desses nove anos de trabalho.

Ao professor Elie Cheniaux e toda a equipe do ambulatório de transtorno bipolar, pelo apoio e colaboração, que tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao professor Daniel C. Mograbi por sua inestimável colaboração com a pesquisa.

A todos os familiares e amigos pelo apoio e amor.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

RESUMO

Pacientes com transtorno bipolar (TB) podem apresentar alteração do *insight*. E este pode apresentar variações de seu nível em função do estado afetivo em que se encontra o paciente, ou seja, em mania, depressão ou eutímia. O objetivo geral do presente trabalho é estudar a correlação entre *insight* e características clínicas do TB. Desta forma, avaliamos como os diversos aspectos do *insight* são afetados na mania bipolar, assim como na depressão bipolar, e a relação entre o *insight* e polaridade predominante, número de episódios afetivos prévios e temperamento afetivo. As amostras foram compostas por pacientes com o diagnóstico de TB, que fazem acompanhamento clínico no ambulatório de transtorno bipolar do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. As avaliações foram realizadas nos atendimentos, utilizando-se escalas: Escala de consciência de morbidade para transtornos afetivos (do humor), a versão reduzida em português do Brasil da Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-Rio de Janeiro), *Hamilton Depression Scale* (HAM-D), *Young Mania Rating Scale* (YMRS), *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS-p) (a subescala de sintomas positivos) e a *Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness* (CGI-BP). Todas as análises estatísticas foram realizadas com SPSS 22.0 para Windows. Analisaram-se as correlações entre *insight* e aspectos clínicos. Observou-se que a polaridade predominante e o número de episódios afetivos prévios não se correlacionaram com o nível de *insight*. Os temperamentos depressivo e ansioso estão relacionados a um melhor *insight*, e o temperamento hipertímico, a um pior *insight*. Na mania, o *insight* sobre sintomas está mais prejudicado do que o *insight* sobre sua condição de sofrer de transtorno bipolar, e um pior nível de *insight* especificamente sobre sintomas está

correlacionado a sintomas mais graves de agitação/energia. Na depressão, pior *insight* correlacionou-se com ideação/tentativa de suicídio e a um histórico de tentativas de suicídio, redução de atividades e trabalho e a lentecimento psicomotor. O presente estudo concluiu que *insight* deve ser entendido de forma contínua e multidimensional. No TB, o estado afetivo, em especial a mania, parece ser um fator fundamental para prejuízo do *insight*, mas não de forma absoluta e exclusiva.

ABSTRACT

Patients with bipolar disorder (BD) may present insight changes. And this may present variations of its level according to the affective state in which patient is, that is, in mania, depression or euthymia. The general objective of the present study is to study the correlation between insight and clinical characteristics of BD. In this way, we evaluated how the different aspects of insight are affected in bipolar mania, as well as in bipolar depression, and the relationship between insight and predominant polarity, number of previous affective episodes and affective temperament. The samples were composed of patients diagnosed with BD who make clinical follow-up at the bipolar disorder outpatient clinic of the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro. The evaluations were performed in the visits, using scales: Insight scale for Affective Disorders, brief Brazilian Portuguese version of Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-Rio de Janeiro), Hamilton Depression Scale (HAM-D), Young Mania Rating Scale (YMRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-p) (the subscale of positive symptoms) and the Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness (CGI-BP). All statistical analyzes were performed with SPSS 22.0 for Windows. The correlations between insight and clinical aspects were analyzed. It was observed that the predominant polarity and the number of previous affective episodes did not correlate with the level of insight. The depressive and anxious temperaments are related to a better insight, and hyperthymic temperament, worse insight. In mania, insight about symptoms is more impaired than insight about their condition of suffering from BD, and a worse level of insight specifically about symptoms is correlated with more severe agitation/energy symptoms. In depression, worse insight was correlated with suicidal ideation/attempted suicide attempts, activity

and work reduction, and sluggishness. The present study concluded that insight should be understood in a continuous and multidimensional way. In BD, the affective state, especially mania, seems to be a fundamental factor to the impairment of insight, but not in an absolute and exclusive way.

LISTA DE SIGLAS

CGI-BP	do inglês, <i>Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness</i>
DSM	do inglês, <i>Diagnostic and Statistical Manual</i>
HAM-D	do inglês, <i>Hamilton Depression Scale</i>
ISAD	do inglês, <i>Insight Scale for Affective Disorders</i>
PANSS-p	do inglês, <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
SUMD	do inglês, <i>Scale to assess Unawareness of Mental Disorder</i>
YMRS	do inglês, <i>Young Mania Rating Scale</i>
Temps	do inglês, <i>Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego</i>

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Hipóteses	8
3. Objetivos	9
4. Método	10
4.1. Local dos estudos clínicos	10
4.1. Amostra	10
4.3. Instrumentos	11
4.4. Avaliação clínica	11
5. Produção Científica	13
5.1. Artigo 1: The influence of current mood state, number of previous affective episodes and predominant polarity on insight in bipolar disorder	14
5.2. Artigo 2: Insight in bipolar mania: evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms	20
5.3. Artigo 3: Clinical correlates of loss of insight in bipolar depression	25
5.4. Artigo 4: Correlation between insight level and suicidal behavior/ideation in bipolar depression	42
5.5. Manuscrito: The relationship between insight and affective temperament in bipolar disorder	50

6. Discussão	66
7. Conclusões	77
8. Referências bibliográficas	79
9. Anexos	95
9.1. Anexo I	95
9.2. Anexo II	96
9.3. Anexo III	97
9.4. Anexo IV	102
9.5. Anexo V	107
9.6. Anexo VI	115
9.7. Anexo VII	123

1. INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar (TB) é um transtorno mental crônico e debilitante, que afeta aproximadamente 2,4% da população em geral (Belmaker, 2004; Merikangas et al., 2011). Ele está associado a um risco aumentado de mortalidade por suicídio (Gonda et al., 2012) e condições clínicas comórbidas, principalmente doenças cardiometabólicas (Fagiolini et al., 2008; Weiner et al., 2011). O transtorno é caracterizado por amplas flutuações no humor e no nível de energia e atividade motora em seus diversos estados afetivos (mania, hipomania e depressão) (Phillips e Kupfer, 2013; Cheniaux et al., 2014).

A apresentação da mania tem por base as características fenomenológicas clássicas descritas por Kraepelin: exaltação do humor, aceleração do pensamento com fuga de ideias e aumento de atividade motora (Kraepelin, 1921). Associados a essa tríade também estão aumento de energia, redução da necessidade de sono, pressão de fala e taquilalia, irritabilidade, sintomas psicóticos, hipersexualidade e impulsividade. A hipomania se caracteriza pelos mesmos sintomas encontrados na mania, mas as alterações são menos graves e levam a um menor nível de prejuízo (Kunz et al., 2009).

Já os estados depressivos, em contraste direto com os estados maníacos, são geralmente caracterizados pela tríade: humor deprimido, hipobulia e inibição do pensamento. A gravidade pode variar consideravelmente de um discreto alentecimento físico e mental, com quase nenhuma distorção cognitiva ou da percepção, até quadros de estupor depressivo (Kunz et al., 2009).

No TB, a autopercepção que o indivíduo tem sobre seus sintomas parece variar de acordo com síndrome corrente. Jamison et al. (2010) investigaram a autopercepção de estados de humor em 69 pacientes com TB. Eles foram testados com um instrumento

de autoavaliação contendo 22 pares de adjetivos opostos (p. ex., bom/mau, forte/fraco, complexo/simples), apresentados como extremos opostos em um *continuum*. As autoavaliações realizadas por pacientes em depressão, mas não aquelas realizadas por pacientes em hipomania, diferiram de modo significativo dos resultados obtidos com pacientes eutímicos. Os autores concluíram que a capacidade de autoavaliação quanto ao humor é substancialmente comprometida no estado maníaco, mas não no depressivo, o que refletiria um importante comprometimento do *insight* na síndrome maníaca.

O termo *insight* deriva do alemão *Einsicht* e significa “olhar para dentro”. Existe somente em línguas de raízes germânicas e as línguas latinas não possuem um termo único correspondente, traduzindo-o de acordo com a sua função (Dantas e Banzato, 2006). Em psiquiatria, *insight* tem sido definido como consciência dos sintomas, reconhecimento deles como manifestações de uma doença, entendimento sobre suas causas e origens, apreciação de seus significados (como sua gravidade e suas consequências em termos de incapacidades funcionais) e colaboração com o tratamento (Fulford, 1998).

O *insight* é investigado em pacientes neurológicos desde o final do século XIX, mas começou a ser estudado em pacientes psiquiátricos apenas mais recentemente. Antes do século XIX, os acometidos por doenças mentais eram classificados como totalmente desprovidos de *insight*, já que “insanidade mental” era indissociável de delírio e *insight* era, por definição, considerado inexistente nessa condição (Dantas e Banzato, 2006). Lewis (1934) definiu o termo no âmbito da psiquiatria como “atitude correta diante de uma mudança mórbida em si mesmo”. Esse autor inovou, defendendo a possibilidade da existência de *insight* na psicose, criticando a utilização do *insight* para separar neurose e psicose e rejeitando a concepção dicotômica de *insight* como “presente” ou “ausente” (Lewis, 1934).

Desde o início dos anos 90, a pesquisa empírica em psiquiatria clínica tem retomado o estudo do *insight*, por meio do desenvolvimento de instrumentos padronizados de medida de *insight*, o que resultou em revisões conceituais e reformulações desse construto. Antes, entendido como uma variável binária, alguns estudos mais modernos mostram uma visão mais complexa sobre *insight* (Amador et al., 1993), indicando que este se apresenta de forma multidimensional. Por este motivo, escalas multidimensionais têm sido utilizadas para estudá-lo. As dimensões avaliadas incluem, por exemplo, *insight* sobre a doença, sobre a necessidade de tratamento e sobre as repercussões sociais da doença.

Na psiquiatria, inicialmente alguns estudos sobre esse aspecto foram conduzidos com pacientes esquizofrênicos (Amador et al., 1994; McEvoy et al., 1989). Contudo, nos últimos anos, o *insight* em pacientes com TB passou a ser estudado também (Amador et al., 1994; Ghaemi et al., 1995). O *insight* apresenta grande importância clínica na evolução do TB. Grande parte dos pacientes bipolares mostram déficits em sua consciência sobre estar doente ou em sua consciência sobre sinais ou sintomas específicos (Pini et al., 2001). O comprometimento do *insight* pode implicar em não adesão ao tratamento medicamentoso e, conseqüentemente, uma pior evolução (Cely et al., 2011; Sajatovic et al., 2009; Copeland et al., 2008; Yen et al., 2005).

Diversos estudos mostram correlações entre dados clínicos - como número de hospitalizações prévias, duração da doença ou a ocorrência prévia de sintomas psicóticos - e o nível de *insight* no TB (Bressi et al., 2012; Guçlü et al., 2011; Dias et al., 2008b; Van der Werf-Elderling et al., 2011). Além disso, foram encontradas correlações entre diminuição do *insight* e alterações cognitivas, especialmente relativas à memória, à aprendizagem, à inteligência geral, à atividade psicomotora, à atenção e às

funções executivas (Dias et al., 2008a; Van der Werf-Eldering et al., 2011; Varga et al., 2007).

A influência de características clínicas retrospectivas sobre o *insight* atual ainda não parece estar clara. Os estudos que investigaram a relação entre *insight* e número de hospitalizações prévias apresentaram resultados dissonantes. Um menor *insight* foi associado a um menor número de hospitalizações prévias em três desses estudos (Bressi et al., 2012; Dias et al., 2008; Ghaemi et al., 1996). Entretanto, dois outros estudos (Güçlü et al., 2011; Cassidy, 2010) não encontraram correlação entre *insight* e número de hospitalizações prévias. Os estudos sobre a influência do número e tipo de episódios afetivos prévios também não apresentaram resultados concordantes. Alguns estudos não encontraram correlação entre número de episódios prévios e *insight* atual, (Güçlü et al., 2011; Dias et al., 2008). Contudo, um estudo conduzido por Colis et al. (2006) mostrou que pacientes cujo último episódio havia sido a mania apresentavam pior *insight* atual do que aqueles cujo último episódio havia sido depressão ou episódio misto. Além disso, um outro estudo mostrou que pacientes com maior número de episódios de mania passaram a apresentar pior *insight* atual do que aqueles que tiveram um menor número de episódios afetivos dessa polaridade (Yen et al., 2007).

Embora características clínicas pretéritas do TB, como o número total de hospitalizações, a idade de início da doença e história de sintomas psicóticos, já tenham sido estudadas quanto a sua associação com o *insight*, a polaridade predominante parece ainda não ter sido levada em consideração como uma característica que possa se associar ao *insight*. Angst (1978) cunhou o termo “polaridade predominante” a partir de um estudo em que acompanhou 95 pacientes com TB internados. De acordo com o autor, alguns pacientes representavam um tipo “nuclear” da doença (i.e. episódios de mania e de depressão igualmente frequentes no curso da doença), enquanto outros

tenham apresentado muito mais episódios maníacos do que depressivos ou vice-versa. Colom et al. (2006) sugeriram um mínimo de dois terços de episódios depressivos ao longo da vida para a definição de polaridade predominante depressiva, e um mínimo de dois terços de episódios de hipomania/mania para polaridade predominante maníaca. Já foi descrito que a polaridade está associada a outras características clínicas do TB. Por exemplo, a polaridade predominante maníaca tem sido associada a um início mais precoce da doença (Colom et al., 2006; Gonzalez-Pinto et al., 2010), mais sintomas psicóticos (Popovic et al., 2013) e um maior número de hospitalizações (Baldasserini et al., 2012; Popovic et al., 2013).

Já o estado afetivo atual, em especial a mania, parece influenciar o *insight*. Os estudos parecem ser unânimes em mostrar que, na mania, há um prejuízo significativo do *insight* (Bressi et al., 2012; Cassidy, 2010; Yen et al., 2007). Porém, os estudos sobre o *insight* em episódios maníacos ainda são pouco numerosos e apresentam escopos muito restritos. Em geral, esses estudos ainda abordam o *insight* como uma variável binária e investigam as possíveis relações entre o *insight* e as características clínicas do TB, em detrimento de possíveis associações entre o *insight* e sintomas específicos do episódio maníaco (Bressi et al., 2012; Cassidy, 2010; Yen et al., 2007; Silva et al., 2015).

Diferentemente, até o momento, os estudos indicam que a depressão não está associada a um prejuízo significativo do *insight*. Muitos desses estudos incluem pacientes com depressão bipolar e unipolar em uma mesma amostra, o que limita os achados específicos sobre o *insight* na depressão bipolar (Cassidy, 2010; Yen et al., 2007). Além disso, os estudos ainda não focaram em avaliar como as alterações de *insight* na depressão bipolar se correlacionam com variáveis clínicas do próprio episódio.

Um desfecho comum no curso do transtorno bipolar é o suicídio. De 25 a 50 % dos pacientes bipolares tentam suicídio ao menos uma vez (Hawton et al., 2005; Jamison, 2000) e entre 11 e 19 % morrem nessas tentativas (Angst et al., 2005). Em pacientes esquizofrênicos, estudos mostraram uma correlação positiva entre ideação ou tentativas de suicídio e um maior nível de *insight* (Amador et al., 1996; Schwartz et al., 2000). Todavia, ainda são poucos os estudos que avaliaram a relação entre *insight* e comportamento suicida no TB (Acosta et al., 2012; Yen et al., 2008a; Gonzalez et al., 2008).

Estudos com pacientes com TB (Acosta et al., 2012; Gonzalez, 2008; Yen et al., 2008a) encontraram uma relação entre maior nível de *insight* e comportamento suicida. Estes estudos utilizaram amostras de bipolares eutímicos (Acosta et al., 2012; Yen et al., 2008a) ou uma amostra que não fez diferenciação quanto aos estados afetivos (Gonzalez 2008). Por outro lado, a relação entre ideação suicida e *insight* na depressão bipolar, em que há maior risco de ideação suicida, parece ainda não ter sido explorada.

A relação entre temperamento e *insight* é outro tema pouco explorado. Segundo Cloninger et al. (1993), temperamento diz respeito às tendências afetivas básicas, ou seja, à “maneira regular e constante pela qual um indivíduo reage e se conduz em resposta a estímulos internos e externos”. Akiskal (Akiskal & Akiskal, 2005), por sua vez, define temperamento como “traços temporalmente estáveis de comportamento com intensa reatividade afetiva”. Nos últimos anos, tem sido estudada a associação entre o temperamento e as características clínicas do TB, tais como a evolução, a polaridade predominante, a sintomatologia, o curso no longo prazo, a suicidalidade, a resposta terapêutica e a adesão medicamentosa. (Iasevoli et al., 2013; Ferreira et al., 2014; Cassano et al., 1989; Akiskal et al., 1987; Hantouche et al., 1997; Akiskal et al., 1989; Tohen et al., 2006).

Kraepelin (1921) em seus estudos sobre tipos de temperamento, ou o que ele denominou de “estados fundamentais” relatou que aqueles indivíduos com temperamento depressivo tinham uma boa percepção sobre a natureza de sua doença e sobre as consequências dela. Já aqueles com temperamento hipertímico tinham um julgamento superficial e precipitado, o que poderia configurar um maior prejuízo de *insight*. Apesar de terem surgido novos interesses pelas concepções de Kraepelin sobre temperamentos, ainda não há estudos recentes que avaliem uma possível associação entre temperamento afetivo e *insight* no TB.

2. HIPÓTESES

Algumas hipóteses iniciais foram formuladas pelo presente autor, baseadas em dados da literatura e em pesquisas pretéritas do grupo de pesquisa:

- a) Polaridade predominante maníaca e um maior número de episódios maníacos prévios estariam associados a um pior *insight* atual.
- b) Na mania e na depressão bipolar, os pacientes bipolares teriam um pior *insight* sobre seus sintomas do que sobre sua condição de ter uma doença.
- c) A depressão bipolar sem sintomas psicóticos poderia apresentar baixo grau de comprometimento de *insight*.
- d) Na depressão bipolar, ideação/comportamento suicida estaria associada a maior *insight*.
- e) Temperamentos hipertímico e irritável cursariam com pior nível de *insight* em comparação com os temperamentos ansioso e depressivo.

3. OBJETIVOS

O objetivo geral do presente trabalho é estudar a relação entre *insight* e características clínicas, atuais e pretéritas, do TB.

Os objetivos específicos são:

1. Avaliar a relação entre *insight* e polaridade predominante, número de episódios afetivos prévios e estado afetivo atual em pacientes com TB.
2. Realizar uma avaliação de como os diversos aspectos do *insight* são afetados na mania bipolar e buscar correlações entre o nível de *insight* e a sintomatologia maníaca.
3. Avaliar como os diversos aspectos do *insight* podem ser afetados na depressão bipolar e buscar correlações entre o nível de *insight* e a sintomatologia depressiva.
4. Avaliar a relação entre *insight* e ideação ou comportamento suicida na depressão bipolar.
5. Avaliar a relação entre temperamento afetivo e *insight* no TB.

4. MÉTODO

4.1. Local dos estudos clínicos:

A pesquisa foi realizada no ambulatório de Transtorno Bipolar do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). O ambulatório é coordenado pelo professor Elie Cheniaux. Atualmente, atende cerca de 165 pacientes com o diagnóstico de TB tipo I, TB tipo II ou transtorno esquizoafetivo do tipo bipolar. Os pacientes são tratados com as medicações disponíveis na farmácia do IPUB/UFRJ.

4.2. Amostra:

Os únicos critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos; adequação aos critérios do DSM-5 para os diagnósticos de TB tipo I, TB tipo II ou transtorno esquizoafetivo do tipo bipolar; e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I).

Como critérios de exclusão estavam a não aceitação em participar da pesquisa, a não cooperação na aplicação dos instrumentos de avaliação, e sofrer de doença não psiquiátrica grave.

A amostra inicial continha 165 indivíduos selecionados segundo os critérios descritos acima. Essa amostra foi composta por 160 pacientes bipolares tipo I e por 5 tipo II. Nenhum indivíduo foi diagnosticado com transtorno esquizoafetivo do tipo bipolar. Dessa amostra, 51 indivíduos apresentaram, prospectivamente, pelo menos um episódio maníaco e 68 apresentaram pelo menos 1 episódio depressivo, durante o período de estudo. Em cada estudo, a amostra inicial foi subdividida em subamostras em função do tema. As subamostras estão descritas em cada um dos artigos. A maior subamostra foi composta por 101 indivíduos; e a menor, por 51 indivíduos.

4.3. Instrumentos:

Os instrumentos utilizados foram: Escala de consciência de morbidade para transtornos afetivos (do humor) (Olaya et al., 2012), adaptada por Silva et al. (2015b) (Anexo II); versão reduzida em português do Brasil da Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-Rio de Janeiro) (Akiskal et al., 2005), adaptada por Woodruff et al. (2011) (Anexo III); *Hamilton Depression Scale* (HAM-D) (Hamilton, 1960), adaptada por Gallucci et al. (2001) (Anexo IV); *Young Mania Rating Scale* (YMRS) (Young et al, 1978), adaptada por Vilela et al. (2005) (Anexo V); *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS-p) (a subescala de sintomas positivos) (Kay et al., 1987), adaptada por Chaves & Shirakawa (1998) (Anexo VI); e a *Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness* (CGI-BP) (Spearing et al., 1997) (Anexo VII).

A Escala de consciência de morbidade para transtornos afetivos (do humor) é uma escala com 17 itens que avalia o *insight* em transtornos afetivos. A TEMPS-Rio de Janeiro é um questionário de autoaplicação composto por 45 perguntas do tipo verdadeiro-ou-falso que permite classificar o temperamento do paciente em seis tipos: depressivo, ciclotímico, hipertímico, irritável, ansioso ou preocupado. A HAM-D é uma escala com 17 itens que aferem os sintomas depressivos. A YMRS apresenta 11 itens que aferem os sintomas maníacos. A PANSS-p permite a avaliação da presença e da intensidade de sintomas psicóticos e outros sintomas positivos. O CGI-BP apresenta um escore global relativo à gravidade do episódio afetivo.

4.4. Avaliação clínica:

Os 165 pacientes bipolares foram acompanhados ao longo de um ano. O diagnóstico psiquiátrico foi formulado de acordo os critérios do DSM-5. Em cada consulta, o estado afetivo de cada paciente foi avaliado, também através dos critérios do DSM-5 e foram aplicadas as seguintes escalas: HAM-D, YMRS, PANSS-p e CGI-BP. Em paralelo, a escala de consciência de morbidade para transtornos afetivos (do humor) foi utilizada para avaliar o *insight*. A escala TEMPS-Rio de Janeiro também foi aplicada na primeira avaliação em eutimia de cada indivíduo.

Foram registrados os dados de identificação e sociodemográficos, além de variáveis clínicas de cada paciente, que incluíram: gênero, idade, grau de instrução, idade de abertura da doença, número de episódios maníacos, número de episódios depressivos, a polaridade do primeiro episódio afetivo e a história de alguma tentativa de suicídio. A polaridade predominante foi definida como a ocorrência de no mínimo o dobro de episódios de um determinado polo afetivo em comparação ao número de episódios do polo oposto no curso da doença. Assim, as polaridades poderiam ser: predominantemente maníaca, depressiva ou sem polaridade predominante. A ideação e o comportamento suicidas foram avaliados prospectivamente por meio do registro do item 3 da HAM-D. Todas as análises estatísticas foram realizadas com SPSS 22.0 para Windows. Analisaram-se as correlações entre *insight* e aspectos clínicos.

5. PRODUÇÃO CIENTÍFICA

O presente estudo resultou em quatro artigos e um manuscrito. Os quatro artigos já foram publicados em periódicos indexados. O manuscrito já foi submetido, e até o presente momento, aguarda resposta dos editores.

O primeiro artigo, “The influence of current mood state, number of previous affective episodes and predominant polarity on insight in bipolar disorder”, foi publicado pela revista *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, no ano de 2017. Até o presente momento, encontra-se publicado online, aguardando a versão impressa. DOI 10.1080/13651501.2017.1324991.

O segundo artigo, “Insight in bipolar mania: evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms”, foi publicado na revista *Journal of Affective Disorders*, número 199, nas páginas 95 a 98, no ano de 2016.

O terceiro artigo, “Clinical correlates of loss of insight in bipolar depression”, foi aceito pela revista *Trends in Psychiatry and psychotherapy*, no ano de 2017. Até o presente momento, aguarda publicação.

O quarto artigo, “Correlation between insight level and suicidal behavior/ideation in bipolar depression”, foi publicado na revista *Psychiatric Quarterly*, número 88, nas páginas 47 a 53, no ano de 2017.

O manuscrito, “The relationship between insight and affective temperament in bipolar disorder”, foi submetido à revista *Trends in Psychiatry and psychotherapy*, no ano de 2017.

Os quatro artigos e o manuscrito são apresentados a seguir:

5.1. Artigo 1:

“The influence of current mood state, number of previous affective episodes and predominant polarity on insight in bipolar disorder”

The influence of current mood state, number of previous affective episodes and predominant polarity on insight in bipolar disorder

Rafael de Assis da Silva^{a,b} , Daniel C. Mograbi^{c,d} , Evelyn Vieira Miranda Camelo^b , Ursula Peixoto^b,
 Cristina Maria Teixeira Santana^{b,c} , Jesus Landeira-Fernandez^c , Robin G. Morris^d  and Elie Cheniaux^{b,e} 

^aSetor de Perícia em Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brazil; ^bInstituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil; ^cDepartment of Psychology, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, Brazil; ^dInstitute of Psychiatry, King's College London, UK; ^eFaculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), Rio de Janeiro, Brazil

ABSTRACT

Background: Although many studies have explored the effect of current affective episodes on insight into bipolar disorder, the potential interaction between current mood state and previous affective episodes has not been consistently investigated.

Objective: To explore the influence of dominant polarity, number of previous affective episodes and current affective state on insight in bipolar disorder patients in euthymia or mania.

Methods: A total of 101 patients with bipolar disorder were recruited for the study, including 58 patients in euthymia (30 with no defined predominant polarity and 28 with manic predominant polarity) and 43 in mania (26 with no defined predominant polarity and 17 with manic predominant polarity). Patients underwent a clinical assessment and insight was evaluated through the Insight Scale for Affective Disorders.

Results: Bipolar disorder patients in mania had worse insight than those in euthymia, with no effect of dominant polarity. In addition, positive psychotic symptoms showed a significant effect on insight and its inclusion as a covariate eliminated differences related to mood state. Finally, the number of previous manic or depressive episodes did not correlate with insight level.

Conclusions: Mania is a predictor of loss of insight into bipolar disorder. However, it is possible that its contribution is linked to the more frequent presence of psychotic symptoms in this state. Dominant polarity and number/type of previous affective episodes have a limited impact on insight.

ARTICLE HISTORY

Received 25 September 2016

Revised 25 March 2017

Accepted 24 April 2017

KEYWORDS

Insight; polarity; bipolar disorder; affective episode; euthymia; mania

Introduction

Several studies have shown the importance of insight into diagnosis, therapeutics and prognosis of bipolar disorder (BD) (Silva et al. 2014). Insight may be associated with clinical complications such as heteroaggressiveness (González-Ortega et al. 2010), suicidal behaviour (Silva et al. 2016a) as well as commitment to treatment (Cely et al. 2011). Insight may also be influenced by clinical factors, such cognitive impairment and the presence of affective symptoms (Van der Werf-Elderling et al. 2011; Bressi et al. 2012).

In BD, the current affective state can influence insight. An earlier study showed that a worse level of insight correlates with more severe agitation/energy symptoms, suggesting that there is a psychomotor core of mania that impairs insight (Silva et al. 2016b). In addition, episodes of pure mania seem to have a more impaired insight than those with mixed features (Cassidy 2010; Silva et al. 2015a), and these, in turn, appear to have worse insight than those with pure depression (Cassidy 2010; Pini et al. 2004). One factor that may mediate this association between loss of insight and manic episodes is the presence of psychotic symptoms. For example, psychotic depressive episodes have been linked to impairments of insight (Bressi et al. 2012). Although the characteristics of the current affective episode appear to influence insight, few studies have evaluated the influence of the number

and polarity of previous episodes (Dias et al. 2008; Güçlü et al. 2011).

The influence of retrospective clinical features on current insight still does not seem clear. Studies that investigated the relationship between insight and number of previous hospitalisations presented dissonant results. Lower insight was associated with a lower number of previous hospitalisations in three of these studies (Ghaemi et al. 1996; Dias et al. 2008; Bressi et al. 2012). However, two other studies (Cassidy 2010; Güçlü et al. 2011) found no correlation between insight and number of previous hospitalisations. Studies about the influence of the number and type of previous affective episodes also did not present concordant results. Some studies have found no correlation between the number of previous episodes and current insight, (Dias et al. 2008; Güçlü et al. 2011). However, a study conducted by Colis et al. (2006) showed that patients whose last episode had been mania had worse current insight than those whose last episode had been depression or mixed episode. In addition, another study showed that patients with a greater number of manic episodes had worse current insight than those who had fewer of these same affective episodes (Yen et al. 2007). This result suggests that bipolar patients with a manic polarity may present worse current insight.

CONTACT Daniel C. Mograbi  daniel.mograbi@kcl.ac.uk  Department of Psychology, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, KCL, P078, De Crespigny Park, SE5 8AF, London, UK

© 2017 Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

Predominant polarity characterises patients who mainly manifest recurrences of depression or mania/hypomania. The concept of predominant polarity may have important clinical implications. Manic dominant polarity has been associated with more psychotic symptoms (Popovic et al. 2014; Azorin et al. 2015), manic first episode polarity (Azorin et al. 2015; Rangappa et al. 2016), rapid cycling, stressors at onset, family history of affective illness (Azorin et al. 2015), higher rate of substance abuse prior to the first episode (Popovic et al. 2014) and a higher number of hospitalisations (Popovic et al. 2014; Baldessarini et al. 2012). Evidence indicates that predominant polarity should be considered for the selection of treatments for BD: patients with a predominantly depressive polarity are more likely to be treated with an antidepressive stabilisation package, while BD patients with a manic predominant polarity are more frequently treated with an antimanic stabilisation package (Carvalho et al. 2015). Furthermore, patients with a manic predominant polarity may have a higher response rate to acute treatments for bipolar depression (Vieta et al. 2009; Carvalho et al. 2014).

Considering the scarcity of studies exploring the influence of both previous and current mood state on insight into bipolar disorder, the aim of this study is to evaluate the relationship of the insight level with the dominant polarity, the number of previous affective episodes and the current affective state in euthymic or manic patients with BD.

Methods

Sample and clinical evaluation

This study was performed at the bipolar disorder outpatient research clinic in the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), Brazil, between July 2014 and June 2015. Inclusion criteria were diagnosis of bipolar disorder, 18 years of age or older and written informed consent. This study was approved by the local Ethics Committee.

The psychiatric diagnosis was formulated according to the DSM-IV-TR criteria through semi-structured interview SCID (Del-Ben et al. 2010). Hamilton Depression Scale (HAM-D) (Hamilton 1960), Young Mania Rating Scale (YMRS) (Young et al. 1978), Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS-p)/subscale of positive symptoms (Chaves & Shirakawa 1998), Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness (CGI-BP) (Spearing et al. 1997) and Insight Scale for Affective Disorders (ISAD) (Olaya et al. 2012) adapted by Silva et al. (2015b) were used in each appointment. The PANSS-p was used because positive symptoms of psychosis are more frequent than negative symptoms in BD. The number of previous manic and depressive episodes was registered. Only patients with manic predominant polarity and patients with no dominant polarity were chosen for this study. That was done because the recruitment did not allow forming a group of depressed patients or patients with depressed polarity. In addition, depression is association with preserved insight, while mania has been linked with impairment in this ability, highlighting the need to focus on the latter. According to Colom et al.'s criteria (Colom et al. 2006), manic predominant polarity was defined as the occurrence of a minimum of twice the number of hypomanic/manic episodes in comparison with depressive episodes along the illness.

A total of 101 patients with type-I bipolar disorder were recruited for the study, including 58 patients in euthymia (30 with no defined predominant polarity and 28 with manic predominant polarity) and 43 in mania (26 with no defined predominant

polarity and 17 with manic predominant polarity). This allowed exploring the influence of previous and current mood state using a factorial design (below).

Statistical analysis

Differences between groups in terms of demographic and clinical characteristics were investigated according to the variable type. For continuous variables, such as age, educational level, mania symptoms (total YMRS scores) and positive psychotic symptoms (PANSS-p total scores), differences were explored with one-way ANOVAs followed by *post hoc* t-tests. A chi-square test was used to investigate differences in gender distribution (nominal variable). Finally, differences in illness severity (CGI-BP global; ordinal variable) were explored with a Kruskal–Wallis ANOVA.

In order to explore the relationship between mood, polarity and insight, the main purpose of the current work, factorial ANOVAs (2×2) were used, with polarity (no defined polarity or manic polarity) and mood (euthymia or mania) as between-subject factors. *Post hoc* t-tests followed any significant main effects or interaction between these factors. These analyses were carried out with total ISAD scores and scores for ISAD items #1 ('Awareness of suffering from an affective disorder'), #2 ('Awareness of treatment efficacy for current symptoms or preventing relapses') and #3 ('Awareness of consequences of the illness on work, family and social life') as the main outcomes.

Considering the potential contribution of depressive and psychotic symptoms to insight (Silva et al. 2014), differences in insight were further explored with ANCOVAs, using a similar factorial design and ISAD total scores as the main outcome, but including depressive (HAM-D) or psychotic symptomatology (PANSS-p score) as covariates, to control for the effects of these variables. ANCOVAs were also calculated including any demographic variables with significant differences between groups.

Finally, Pearson correlations were calculated between loss of insight (ISAD total and items #1, #2 and #3 scores) and number of manic and depressive episodes, exploring whether the frequency of such episodes would be associated with insight about condition. Correlations between insight and YMRS, HAM-D and PANSS-p scores were also calculated.

Results

Sample characteristics

Sample characteristics can be seen in Table 1. There was a significant age difference between groups ($F [3, 97] = 3.72, p = .014$), with *post hoc* tests indicating significant differences between the two euthymic groups ($p = .008$). There were no significant group differences in terms of educational level ($F [3, 97] = 2.02, p = .116$) or gender ($\chi^2 [3] = 2.89, p = .408$). Mania and positive psychotic symptoms were significantly different between groups (YMRS: $F [3, 97] = 66.68, p < .001$; PANSS-p: ($F [3, 97] = 26.55, p < .001$), with the two mania groups showing more symptoms ($p < .001$). Episode severity was also significantly different between groups ($H [3] = 73.48, p < .001$), being higher in the participants tested during mania ($p < .001$). There were significant differences in depressive symptomatology ($F [3, 97] = 3.90, p = .011$), with mania patients with undefined polarity showing higher scores than both euthymic groups ($p < .05$).

Current mood state, predominant polarity and insight

Results can be seen in Table 2. For total ISAD scores, there was a significant main effect of mood ($F [1, 97] = 31.93, p < .001$,

Table 1. Clinical and demographic characteristics of participants.

	E-UP (n = 30) M (SD)	E-MP (n = 28) M (SD)	M-UP (n = 26) M (SD)	M-MP (n = 17) M (SD)	Group differences
Age	52.5 (15.0)	41.6 (10.8)	48.9 (13.2)	48.3 (9.6)	E-MP < E-UP
Years of education	12.2 (3.9)	9.8 (3.5)	11.8 (4.4)	11.5 (4.1)	–
Gender ^a	7/23	12/16	7/19	5/12	–
YMRS	1.5 (2.0)	1.8 (3.5)	18.7 (8.7)	16.1 (7.0)	E-MP = E-UP < M-MP = M-UP
HAM-D	3.3 (2.7)	3.0 (3.3)	6.0 (4.8)	5.3 (4.4)	M-UP > E-MP = E-UP = M-MP
PANSS-p	7.5 (0.8)	7.8 (2.3)	13.4 (4.5)	12.2 (3.5)	E-MP = E-UP < M-MP = M-UP
CGI-BP Global	1.3 (0.5)	1.2 (0.4)	3.8 (1.1)	3.9 (1.1)	E-MP = E-UP < M-MP = M-UP

CGI-BP: clinical global impression bipolar; E-UP: euthymia, undefined predominant polarity; E-MP: euthymia, manic predominant polarity; M-UP: mania, undefined predominant polarity; M-MP: mania, manic predominant polarity; PANSS-p: positive and negative syndrome scale; YMRS: young mania rating scale.

^amale/female.

Table 2. Insight about condition in each group.

	E-UP (n = 30) M (SD)	E-MP (n = 28) M (SD)	M-UP (n = 26) M (SD)	M-MP (n = 17) M (SD)	Group differences
ISAD #1	1.5 (1.1)	1.7 (1.4)	2.3 (1.6)	1.9 (1.6)	–
ISAD #2	1.0 (0.0)	1.1 (0.6)	1.6 (1.1)	1.7 (1.5)	E-MP = E-UP < M-MP = M-UP
ISAD #3	1.6 (1.3)	1.5 (1.2)	2.1 (1.6)	2.2 (1.7)	E-MP = E-UP < M-MP = M-UP
ISAD total scores	19.2 (3.0)	19.2 (3.4)	30.3 (14.5)	29.8 (13.0)	E-MP = E-UP < M-MP = M-UP

E-MP: euthymia, manic predominant polarity; E-UP: euthymia, undefined predominant polarity; ISAD: insight scale for affective disorders; M-MP: mania, manic predominant polarity; M-UP: mania, undefined predominant polarity.

$\eta^2 = .25$), but no significant main effect of predominant polarity ($F [1, 97] = 0.02, p = .898, \eta^2 < .01$) or mood $\times$ predominant polarity interaction ($F [1, 97] = 0.02, p = .877, \eta^2 < .01$). A similar pattern was found for ISAD items #2 ('Awareness of treatment'; main effect of mood: $F [1, 97] = 13.05, p < .001, \eta^2 = .12$; main effect of predominant polarity: $F [1, 97] = 0.21, p = .647, \eta^2 < .01$; mood $\times$ polarity interaction: $F [1, 97] = 0.02, p = .874, \eta^2 < .01$) and #3 ('Awareness of illness consequences'; main effect of mood: $F [1, 97] = 4.16, p = .044, \eta^2 = .04$; main effect of predominant polarity: $F [1, 97] = 0.01, p = .943, \eta^2 < .01$; mood $\times$ predominant polarity interaction: $F [1, 97] = 0.02, p = .882, \eta^2 < .01$). For all these analyses, *post hoc* tests revealed that both groups in mania showed higher scores (worse insight) than the groups in euthymia, regardless of the predominant polarity.

By contrast, ISAD item #1 ('Awareness of having a condition') did not show any significant main effects (mood: $F [1, 97] = 2.64, p = .107, \eta^2 = .03$; predominant polarity: $F [1, 97] = 0.10, p = .765, \eta^2 < .01$) or interaction ($F [1, 97] = 1.09, p = .300, \eta^2 = .01$).

ANCOVAs with psychotic symptoms, age and depression

Positive psychotic symptoms (PANSS-p total scores) showed a significant effect ($p < .001$, partial $\eta^2 = .20$) and its inclusion as a covariate eliminated differences related to mood state ($p = .128$); the main effect of predominant polarity and the predominant polarity $\times$ mood interaction remained non-significant (respectively, $p = .811$ and $p = .639$). Age and depressive symptoms did not show a significant effect (respectively, $p = .703$ partial $\eta^2 < .01$ and $p = .690$ partial $\eta^2 < .01$) and their inclusion as covariates did not change previous results.

Correlations between number of previous episodes, current mood state, psychotic symptoms and insight

Number of previous manic episodes did not show any significant correlations with insight (ISAD total scores: $r = -.01, p = .967$; ISAD #1: $r = -.05, p = .629$; ISAD #2: $r = .11, p = .251$; ISAD #3: $r = -.04, p = .670$). Similarly, number of previous depressive episodes did not exhibit significant associations with insight (ISAD total scores: $r = .01, p = .918$; ISAD #1: $r = -.06, p = .521$; ISAD #2: $r = .14, p = .159$; ISAD #3: $r = -.04, p = .696$).

There were significant correlations between loss of insight and manic symptoms (ISAD total scores: $r = .82, p < .001$; ISAD #1: $r = .31, p = .001$; ISAD #2: $r = .52, p < .001$; ISAD #3: $r = .29, p = .003$) and psychotic symptoms (ISAD total scores: $r = .70, p < .001$; ISAD #1: $r = .28, p = .005$; ISAD #2: $r = .48, p < .001$; ISAD #3: $r = .27, p = .006$). There were no significant correlations with depressive symptoms (ISAD total scores: $r = .17, p = .083$; ISAD #1: $r = -.12, p = .219$; ISAD #2: $r = .08, p = .430$; ISAD #3: $r = -.04, p = .670$).

Discussion

In the present study, bipolar disorder patients in mania had worse insight than those in euthymia, with no effect of predominant polarity. In addition, positive psychotic symptoms showed a significant effect on insight and its inclusion as a covariate eliminated differences related to mood state. Finally, the number of previous manic or depressive episodes did not correlate with the level of insight. Thus, our results suggest that the current mood state as well as the occurrence of psychotic symptoms, but not predominant polarity along the course of the disease nor number of previous affective episodes, are the main predictors of the level of insight.

At least two previous studies have evaluated the possible correlation between insight and number of previous episodes in BD. Güçlü et al. (2011) investigated the insight in a group of 104 bipolar patients in mania or mixed episodes through scale SUMD. They did not find any correlation with the number of previous episodes. Dias et al. (2008) have not found any correlation of insight and number of previous episodes in euthymic bipolar patients. Also Yen et al. (2007) evaluated prospectively the level of insight in a group of 65 patients with BD along two years. The patients in mania had worse insight than those in euthymia and the level of insight of the manic patients in general improved when they returned to euthymia. Nevertheless, full recovery regarding insight has not been found among patients with more manic episodes along the observation period. In comparison to our results, despite the low number of patients with manic episodes in the study ($n = 22$), their results suggest that a higher number of manic episodes correlates with worse insight.

The present study found no difference in relation to item 1 of the ISAD in the different groups, that is, the insight of having an affective disease. An earlier study showed that individuals in mania had better insight about their disease than symptoms (Silva et al. 2016b). That is, somehow the bipolar patients in mania recognised that they had some disease but did not recognise that they had manic symptoms, especially those related to increased agitation/energy. The outpatient setting may be a possible explanation for the fact that these individuals have a better insight into having a disease: the fact that the individual attends the hospital may increase awareness of having a condition.

ANCOVAs with positive psychotic symptoms showed a significant effect on insight, and the inclusion of this variable as a covariate eliminated differences related to mood state. This suggests that positive psychotic symptoms, such as delusions, hallucinations and conceptual disorganisation, may be one of the reasons for loss of insight during mania. This finding is in agreement with the literature on loss of insight in psychosis (Silva et al. 2014) and highlights how difficulties with reality testing may lead to compromised self-awareness (Davies et al. 2005). However, a number of studies have shown impairments in insight in BD patients without psychotic symptoms, so it is unlikely that this is a total explanation.

The present study showed that the current state of mood seems to have a greater influence on insight than previous episodes. Although there is loss of insight during mania, it is possible that there is no long-lasting impact on insight after the end of the affective episode. That is, regardless of the number of episodes or the polarity that the individual has, there does not seem to be a cumulative effect on the current insight.

The current study has some limitations that should be considered. Ideally, the relationship between predominant polarity and mood state would be done with a 3×3 design, including patients with depression and with predominant depressed polarity. This was not possible in the current study due to recruitment limitations. Nevertheless, considering that insight is preserved in depression but impaired in mania, the latter should be the focus of insight studies in BD. Further limitations refer to the assessment of insight performed cross sectionally and the classification of the predominant polarity through retrospective methodology, which allowed possible memory biases. Another limitation of the current study is the lack of neuropsychological assessment, which could potentially clarify relevant factors in loss of insight and its association with predominant polarity and current mood state. Future studies on the relationship between polarity and insight would benefit from the inclusion of a neuropsychological test battery. Finally, the sample size for each group was small. However, this did not have a considerable impact in the findings, considering that when results were not significant effect sizes were small. Future studies with larger samples, longitudinal and prospective approaches could be useful to better understand the relationship between the level of insight and the polarity of previous episodes.

Conclusions

In BD, the current affective state and the presence of psychotic episodes are stronger predictors regarding the level of insight than the predominant polarity and the number of previous affective episodes. It is possible that mania is linked to loss of insight due to the higher presence of psychotic symptoms in this state. Future studies should explore the impact of depressive polarity in insight.

Acknowledgements

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES.

Disclosure statement

None to declare.

ORCID

Rafael de Assis da Silva  <http://orcid.org/0000-0002-5466-8191>
Daniel C. Mograbi  <http://orcid.org/0000-0002-4271-2984>
Evelyn Vieira Miranda Camelo  <http://orcid.org/0000-0002-0342-8163>
Jesus Landeira-Fernandez  <http://orcid.org/0000-0002-8395-8008>
Robin G. Morris  <http://orcid.org/0000-0001-7767-5258>
Elie Cheniaux  <http://orcid.org/0000-0003-4769-2684>

References

- Azorin JM, Adida M, Belzeaux R. 2015. Predominant polarity in bipolar disorders: further evidence for the role of affective temperaments. *J Affect Disorders*. 182:57–63.
- Baldessarini RJ, Salvatore P, Khalsa HM, Imaz-Etxeberria H, Gonzalez-Pinto A, Tohen M. 2012. Episode cycles with increasing recurrences in first-episode bipolar-I disorder patients. *J Affect Disorders*. 136:149–154.
- Bressi C, Porcellana M, Marinaccio PM, Nocito EP, Ciabatti M, Magri L, Altamura AC. 2012. The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: an Italian prospective study. *Eur. Psychiatry*. 27:619–624.
- Carvalho AF, Quevedo J, McIntyre RS, Soeiro-de-Souza MG, Fountoulakis KN, Berk M, Hyphantis TN, Vieta E. 2015. Treatment implications of predominant polarity and the polarity index: a comprehensive review. *Int J Neuropsychopharmacol*. 18:pyu079.
- Carvalho AF, McIntyre RS, Dimelis D, Gonda X, Berk M, Nunes-Neto PR, Cha DS, Hyphantis TN, Angst J, Fountoulakis KN. 2014. Predominant polarity as a course specifier for bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disorders*. 163:56–64.
- Cassidy F. 2010. Insight in bipolar disorder: relationship to episode subtypes and symptom dimensions. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 6:627–631.
- Cely EEP, Fierro M, Pinilla MI. 2011. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. *Rev Colomb Psiquiat*. 40:85–98.
- Chaves AC, Shirakawa I. 1998. Positive and negative syndrome scale – PANSS and its use in Brazil. *Rev Psiq Clin*. 25:337–343.
- Colis MJ, Steer RA, Beck AT. 2006. Cognitive insight in inpatients with psychotic, bipolar and major depressive disorders. *J Psychopatol Behav Assess*. 28:242–249.
- Colom F, Vieta E, Daban C, Pacchiarotti I, Sanchez-Moreno J. 2006. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *J Affect Disorders*. 93:13–17.
- Davies M, Davies AA, Coltheart M. 2005. Anosognosia and the two-factor theory of delusions. *Mind Lang*. 20:209–236.
- Del-Ben CM, Vilela JAA, de S, Crippa JA, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. 2010. Confiabilidade de "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-Versão Clínica" traduzida para o português./Reliability of the Structured Clinical Interview for

- DSM-IV—Clinical Version translated into Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr.* 23:156–159.
- Dias VV, Brissos S, Carita AI. 2008. Clinical and neurocognitive correlates of insight in patients with bipolar I disorder in remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 117:28–34.
- Ghaemi SN, Hebben N, Stoll AL, Pope HG. 1996. Neuropsychological aspects of lack of insight in bipolar disorder: a preliminary report. *Psychiatr Res.* 65:113–120.
- González-Ortega I, Mosquera F, Echeburúa E, González-Pinto A. 2010. Insight, psychosis and aggressive behaviour in mania. *Eur J Psychiatr.* 24:70–77.
- Güçlü O, Karaca O, Yildirim B, Ozköse MM, Erkiran M. 2011. The relationship between insight and clinical features in bipolar disorder. *Turk J Psychiatr.* 22:1–7.
- Hamilton M. 1960. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 23:56–62.
- Olaya B, Marsà F, Ochoa S, Balanzá-Martínez V, Barbeito S, García-Portilla MP, González-Pinto A, Lobo A, López-Antón R, Usall J, Arranz B, et al. 2012. Development of the insight scale for affective disorders (ISAD): modification from the scale to assess unawareness of mental disorder. *J Affect Disord.* 142:65–71.
- Pini S, de Queiroz V, Dell'Oso L, Abelli M, Mastrocinque C, Sacttoni M, Catena M, Cassano GB. 2004. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *Eur. Psychiatry.* 19:8–14.
- Popovic D, Torrent C, Goikolea JM, Cruz N, Sánchez-Moreno J, González-Pinto A, Vieta E. 2014. Clinical implications of predominant polarity and the polarity index in bipolar disorder: a naturalistic study. *Acta Psychiatr Scand.* 129:366–374.
- Rangappa SB, Munivenkatappa S, Narayanaswamy JC, Jain S, Reddy YCJ. 2016. Predominant mania course in Indian patients with bipolar I disorder. *Asian J Psychiatr.* 22:22–27.
- Silva RA, Mograbi DC, Bifano J, Santana CMT, Cheniaux E. 2016a. Correlation between insight level and suicidal behavior/ideation in bipolar sepression. *Psychiatr Quar.* 88:47–53.
- Silva RA, Mograbi DC, Bifano J, Santana CMT, Cheniaux E. 2016b. Insight in bipolar mania: evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms. *J Affect Disord.* 199:95–98.
- Silva RA, Mograbi DC, Silveira LAS, Nunes ALS, Novis FD, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E. 2015a. Insight across the different mood states of bipolar disorder. *Psychiatr Q.* 86:395–405.
- Silva RA, Mograbi DC, Filgueiras A, Camelo EVM, Morton GD, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E. 2015b. Cross-cultural adaptation, validation and factor structure of the insight scale for affective disorders. *J Affect Disord.* 178:181–187.
- Silva RA, Mograbi DC, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E. 2014. O insight no transtorno bipolar: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr.* 63:242–254.
- Spearing MK, Post RM, Leverich GS, Brandt D, Nolen W. 1997. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res.* 73:159–171.
- Van der Werf-Eldering MJ, Van der Meer L, Burger H, Holthausen EAE, Nolen WA, Aleman A. 2011. Insight in bipolar disorder: associations with cognitive and emotional processing and illness characteristics. *Bipolar Disorders.* 13:343–354.
- Vieta E, Berk M, Wang W, Colom F, Tohen M, Baldessarini RJ. 2009. Predominant previous polarity as an outcome predictor in a controlled treatment trial for depression in bipolar I disorder patients. *J Affect Disorders.* 119:22–27.
- Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yen JY, Huang CF. 2007. Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord.* 9:238–242.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. 1978. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 133:429–435.

5.2. Artigo 2:

“Insight in bipolar mania: evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms”



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Research paper

Insight in bipolar mania: evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms



Rafael de Assis da Silva^{a,b}, Daniel C. Mograbi^{c,d,*}, Jaqueline Bifano^b,
Cristina M.T. Santana^{b,c}, Elie Cheniaux^{b,e}

^a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brazil

^b Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil

^c Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, RJ, Brazil

^d Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, UK

^e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil

ARTICLE INFO

Article history:

Received 4 February 2016

Received in revised form

16 March 2016

Accepted 11 April 2016

Available online 12 April 2016

ABSTRACT

Background: Studies on insight in bipolar mania are not numerous and usually consider insight as a unitary construct.

Objective: Evaluate how different facets of insight are affected in bipolar mania and investigate correlations between insight for each specific object in bipolar disorder and manic symptomatology.

Method: A group of 165 bipolar patients were followed during a year, with 51 patients having manic episodes according to DSM-IV-TR criteria. Patients underwent a clinical assessment and insight was evaluated through the Insight Scale for Affective Disorders.

Results: The study found that insight regarding symptoms is worse than insight of having bipolar disorder, social relationships and self esteem. Moreover, poor global insight (total ISAD) correlates with more severe changes in mood, speech and thought structure, with worse insight about symptoms correlating with the same alterations and also with more severe symptoms of agitation/energy.

Limitations: Although a large sample of bipolar patients was followed up, the final sample composed of patients with at least one manic episode was relatively smaller. Moreover, the fact that the study was performed in a university hospital may have led to selection biases.

Conclusion: Results suggest that patients with BD are reasonably capable of identifying that their condition implies consequences but have more impaired awareness of their energy and activity levels. A lower level of insight specifically about symptoms correlates with more severe symptoms of agitation/energy, which suggests a psychomotor nucleus able to impair insight in mania.

© 2016 Elsevier B.V. All rights reserved.

1. Introduction

Insight in bipolar patients has been the focus of several studies (Silva et al., 2014). Limited awareness about having an illness, symptoms or their consequences may affect adherence to treatment and significantly influence the course of the illness (Cely et al., 2011; Sajatovic et al., 2009). Initial studies defined insight as a "correct attitude to a morbid change in oneself" (Lewis, 1934), though recent studies portray a more complex view on insight (Amador et al., 1993).

According to current perspectives, insight should not be understood as a binary variable but as a multidimensional one. It has been suggested that insight must be described in relation to a

specific object (Markova and Berrios, 2001), such as the condition itself, its symptoms and consequences. This notion led to the development of multidimensional scales, which are now the preferred method to measure insight (Capdevielle et al., 2013).

Studies exploring the psychometric properties of these new scales have provided further evidence for the multifactorial structure of insight. For example, in neurological conditions where loss of awareness is a key feature, such as in dementia, it has been shown that insight varies independently for activities of daily living, cognition, emotional state and social relationships (Dourado et al., 2005). Recent work with bipolar patients (Silva et al., 2015a) suggest that scales such as the Insight Scale for Affective Disorders have items loading in different factors, such as the symptoms, the condition itself, social relationships and self-esteem.

Studies on insight in bipolar mania are not numerous and in such studies insight is generally seen as a binary variable. Many of

* Correspondence to: Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, KCL, P078, De Crespigny Park, SE5 8AF London, UK.

E-mail address: daniel.mograbi@kcl.ac.uk (D.C. Mograbi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.019>

0165-0327/© 2016 Elsevier B.V. All rights reserved.

these studies investigate the possible relationship between insight and clinical characteristics of bipolar disorder or manic episodes (Bressi et al., 2012; Cassidy, 2010; Yen et al., 2007; Silva et al., 2015b), but considering insight a unitary construct may confound the results.

Considering these questions, this study aims to evaluate how the several facets of insight are affected in bipolar mania, also investigating the correlations between insight for each specific object in bipolar disorder and manic symptomatology.

2. Methods

2.1. Sample

This study was performed at the bipolar disorder outpatient research clinic in the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), Brazil, between July 2014 and June 2015. Inclusion criteria were diagnosis of bipolar disorder type I or type II, having at least one episode of mania during the data collection period, and 18 years of age or older. This study was approved by the local Ethics Committee and all participants provided written informed consent.

2.2. Clinical evaluation

The psychiatric diagnosis was made according to the DSM-IV-TR criteria, through a semi-structured interview – SCID (Del-Ben et al., 2010). The affective state of each patient was assessed in every appointment also according to the DSM-IV-TR criteria and the following scales were used: *Hamilton Depression Scale* (HAM-D) (Hamilton, 1960), *Young Mania Rating Scale* (YMRS) (Young et al., 1978), *Positive And Negative Syndrome Scale* (PANSS-p)/ *positive symptom subscale* (Chaves et al., 1998) and *Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness – mania subscale* (CGI-BP-m) (Spearing et al., 1997). No patient was in partial or full remission. CGI-BP scores were used to define severity, while YMRS scores measured manic symptomatology. Only the first manic episode in a year was considered in the analyses, since a few patients presented with more than one manic episode when assessed during one year.

The patients were also assessed with the “Insight Scale for Affective Disorders” (ISAD), which was developed by Olaya et al. (2012). It was translated into Portuguese and adapted for use in Brazil by Silva et al. (2015a). The instrument, based on the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD) (Amador et al., 1994), is a multidimensional assessment made up of 17 items. Scores ranged from 1 (representing absence of symptom or full insight) to 5 (indicating no insight) for each item. Total ISAD scores and subscores based on the four factors of the scale (insight about symptoms, having a disorder, self-esteem and social functioning) (Silva et al., 2015a) were generated for the analysis. Full details about the psychometric properties of the scale and the factor analysis can be found in Silva et al. (2015a).

2.3. Statistical analysis

To investigate differences in insight according to the object, a repeated-measures ANOVA was calculated comparing scores on the four ISAD factors (insight about symptoms, the condition itself, self-esteem and social relationships). Post hoc comparisons were calculated with Student's *t*-tests adjusted with Bonferroni-Hochberg corrections (Hochberg, 1988). Because each ISAD factor varies in number of items, a mean score was generated dividing subscale scores by their number of items.

Correlational analysis explored which symptoms of mania were

linked to reduced insight. For this purpose, correlations were calculated between ISAD total or subscale scores and each individual item of the YMRS. Considering the ordinal characteristic of the YMRS items, Spearman rho correlations were calculated. To account for the effect of multiple testing, while also limiting inflation of type II error, results for this analysis were only considered significant if $p < .01$.

3. Results

3.1. Sample characteristics

Among the 165 patients with BD followed along the study, 51 had at least one manic episode and were thus selected. The sample was composed of 36 women and 15 men, all diagnosed with bipolar disorder type I. Sample characteristics can be seen in Table 1.

3.2. Insight according to the object

The repeated-measures ANOVA indicated significant differences in insight according to the object ($F(3, 150) = 8.78$, $p < .001$). Pairwise comparisons indicated greater impairment of insight for symptoms in relation to awareness of condition ($p = .048$), social relationships ($p < .006$) and self-esteem ($p < .005$). There were no other significant differences. Results can be seen in Fig. 1.

3.3. Correlations between insight and mania symptoms

Results can be seen in Table 2. Total ISAD scores showed moderate positive correlations with elevated mood, speech and thought/language disorder, with worse insight with more severe symptoms. Impaired insight about symptoms exhibited similar associations, but also a correlation with more severe agitation/increased energy. Insight about condition correlated moderately with thought disorder and unkempt appearance (worse insight with more severe symptoms). Worse insight about social relationships also correlated moderately with more severe thought disorder. Insight about self-esteem did not show any significant correlations with mania symptoms. Total ISAD scores and all subscales, except for awareness of self-esteem, showed strong or moderate correlations with item #11 of the YMRS, which measures insight.

4. Discussion

The findings suggest that insight about symptoms, represented by Factor I of the ISAD, is more impaired than insight about having bipolar disorder (Factor II), social relationships (Factor IV) and self esteem (Factor III). Moreover, the findings also suggest that the

Table 1
Clinical and demographic characteristics of patients.

	BD patients in mania (n=51) M (SD)/Min–Max
Age	49.4 (11.7)/23–79
Years of education	12.1 (4.1)/0–18
Gender ^a	15/36
HAM-D	5.7 (4.6)/0–20
YMRS	17.7 (8.5)/4–41
ISAD	29.9 (12.9)/17–69
PANSS-p	12.8 (3.9)/8–24
CGI-BP Mania	3.8 (1.1)/2–7

^a # Male/female; HAM-D – Hamilton Rating Scale for Depression; YMRS – Young Mania Rating Scale; ISAD – Insight Scale for Affective Disorders; PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale; CGI-BP – Clinical Global Impression-Bipolar.

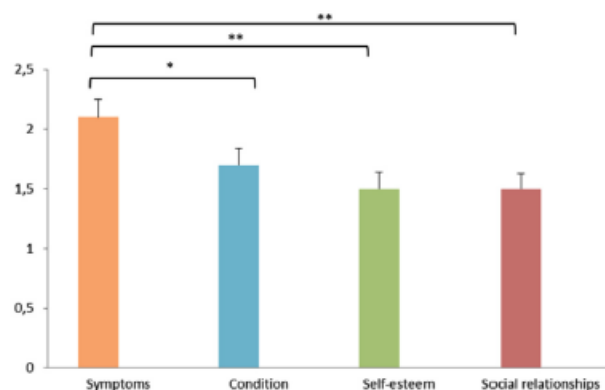


Fig. 1. Insight according to the object. * $p < .05$; ** $p < .01$.

Table 2
Correlations between insight and mania symptoms.

	ISAD Scores				
	Total ρ	Factor 1 ρ	Factor 2 ρ	Factor 3 ρ	Factor 4 ρ
YMRS #1 – Elevated mood	.44	.42	.33	.29	.19
YMRS #2 – Increased energy	.34	.40	.20	.04	.05
YMRS #3 – Sexual interest	.06	.12	.05	.23	–.03
YMRS #4 – Sleep	.13	.16	.22	.17	.15
YMRS #5 – Irritability	.15	.11	.13	.16	.26
YMRS #6 – Speech	.50	.53	.18	.21	.30
YMRS #7 – Language/ thought disorder	.37	.42	.18	.10	.15
YMRS #8 – Thought content	.30	.16	.44	.34	.41
YMRS #9 – Aggressive behaviour	–.07	–.06	.01	–.13	.09
YMRS #10 – Appearance	.31	.12	.48	.24	.21
YMRS #11 – Insight	.73	.64	.61	.30	.39

Significant results ($p < .01$) in bold; ρ – Spearman Rho; Factor 1 – Symptoms; Factor 2 – Condition; Factor 3 – Self-esteem; Factor 4 – Social relationships.

mania correlates of insight vary according to the object of insight.

The results indicate that BD patients are, in comparison, reasonably able to identify that they have a condition that entails consequences, but are less aware of their level of energy and activity. It is important to notice that except for the “awareness of short attention span/showing distractibility” and “awareness of a depressed/expansive or irritable mood”, all the other items composing Factor I relate to insight about symptoms associated with activity/energy. In addition, in the Silva et al. (2015a) study, both items showed lower factor loadings on this factor. Previous studies (Cheniaux et al., 2014) suggested that alterations in the level of activity/energy are one of the main characteristics of mania. Therefore, our findings indicate that insight loss in mania is essentially loss of awareness of symptoms, especially increase of psychomotor activity.

The current study also reinforces the notion that insight is a multidimensional construct, varying according to the object of awareness (Markova and Berrios, 2001). This is in agreement with studies exploring insight into other conditions, such as neurological (dementia; Dourado et al., 2005) and psychiatric disorders (psychosis; Capdevielle et al., 2013). From a clinical perspective, this highlights the need to manage insight with interventions that target its different aspects.

This study has also evaluated correlations between the levels of insight and manic symptoms assessed by YMRS. Worse global insight (total ISAD) correlates with more severe changes of mood,

speech and structure of thought. Worse level of insight specifically about symptoms (Factor I) correlates with the same changes, and also with more severe symptoms of agitation/energy. Again, that suggests the existence of a psychomotor nucleus able to impair insight in mania.

Still according to our results, a lower level of insight on having BD (Factor II) correlates with more severe alterations in appearance. Although the direction of causality is not clear in this case, the result might indicate that patients with untidy appearance have worse insight because their self-perception and self-care skills are not preserved. Factor II, as well as insight on social relationship (Factor IV), also correlated with thought content. As the highest scores on this item in the YMRS correspond to delusions and hallucinations, it is possible that insight into having the condition and about social relationships are particularly impaired in patients with psychotic symptoms. That is possibly related to distortions in reality testing, a factor which has been highlighted in models of loss of insight (Davies et al., 2005).

Finally, insight about self-esteem (Factor III) showed no significant correlations with manic symptoms. ISAD total and sub-scale scores – except for insight about self-esteem – correlated with item 11 of YMRS, which assesses insight. Such results reinforce the convergent validity of the ISAD and its factors. Moreover, the absence of correlations with insight about self-esteem suggests that this may be an independent factor linked to symptoms other than mania.

This study has a few limitations related to sampling. Although a large sample of bipolar patients was followed up, the final sample composed of patients with at least one manic episode was relatively smaller. Therefore, studies with larger samples are advisable. Moreover, the fact that the study was performed in a university hospital may have led to a selection of subjects with more severe condition. Future studies in different settings are important to generalize the current findings. Finally, the sample had more women than men, and previous studies have shown that female patients may have more impaired insight (Güçlü et al., 2011). Nevertheless, other studies did not show the same pattern (e.g. Yen et al., 2004), and there were no differences in insight in the current sample.

5. Conclusion

In bipolar mania, insight regarding symptomatology – particularly alterations in energy and activity – is more impaired than insight regarding having an illness and its consequences, self-esteem and impairment in social relationships. Lower level of insight specifically about symptoms correlates with more severe symptoms of agitation/energy, which suggests the existence of a psychomotor nucleus impairing insight in mania.

Conflict of interest

No conflict of interest.

Acknowledgements

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – Brazilian Government) provided funding for this study.

References

- Amador, X.F., Flaum, M.M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A., Clark, S.C., Gorman, J.M., 1994. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 51, 826–836.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S., Flaum, M.M., Endicott, J., Gorman, J.M., 1993. Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry* 150, 873–879.

Author's Personal Copy

98

R.d.A.d. Silva et al. / Journal of Affective Disorders 199 (2016) 95–98

- Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P.M., Nocito, E.P., Ciabatti, M., Magri, L., Altamura, A.C., 2012. The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: an Italian prospective study. *Eur. Psychiatry* 27, 619–624.
- Capdevielle, D., Norton, J., Jaussent, I., Prud'homme, C., Raffard, S., Gelly, F., Boulenger, J.P., Ritchie, K., 2013. A multi-dimensional approach to insight and its evolution in first-episode psychosis: a 1-year outcome naturalistic study. *Psychiatry Res.* 210 (3), 835–841.
- Cassidy, F., 2010. Insight in bipolar disorder: relationship to episode subtypes and symptom dimensions. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 6, 627–631.
- Cely, E.E.P., Fierro, M., Pinilla, M.J., 2011. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con transtorno afectivo bipolar. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 40 (1), 85–98.
- Chaves, A.C., Shirakawa, I., 1998. Positive and negative syndrome scale – PANSS and its use in Brazil. *Rev. Psiquiatr. Clin.* 25, 337–343.
- Cheniaux, E., Figueiras, A., Silva, R.A., Siveira, L.A.S., Nunes, A.L.S., Landeira-Fernandez, J., 2014. Increased energy/activity, not mood changes, is the core feature of mania. *J. Affect. Disord.* 152, 256–261.
- Davies, M., Davies, A.A., Coltheart, M., 2005. Anosognosia and the two-factor theory of delusions. *Mind Lang.* 20, 209–236.
- Del-Ben, C.M., Vilela, J.A.A., de S.Crippa, J.A., Hallak, J.E.C., Labate, C.M., Zuardi, A.W., 2010. Confiabilidade De “Entrevista Clínica Estruturada Para o DSM-IV – Versão Clínica” traduzida Para o português/ Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version translated (into Portuguese). *Rev. Bras. Psiquiatr.* 23, 156–159.
- Dourado, M.C.N., Laks, J., Rocha, M., Soares, C., Leibing, A., Engelhardt, E., 2005. Consciência da doença na demência: resultados preliminares em pessoas com doença de Alzheimer leve e moderada. *Arq. Neuropsiquiatr.* 63, 114–118.
- Güçlü, O., Karaca, O., Yildirim, B., Özköse, M.M., Erkan, M., 2011. The relationship between insight and clinical features in bipolar disorder. *Turk. J. Psychiatry* 22 (4), 1–7.
- Hamilton, M., 1960. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 23, 56–62.
- Hochberg, Y., 1988. A sharper Bonferroni procedure for multiple tests of significance. *Biometrika* 75 (4), 800–802.
- Lewis, A.J., 1934. The psychopathology of insight. *Br. J. Med. Psychol.* 14, 332–348.
- Markova, L.S., Berrios, G.E., 2001. The ‘object’ of insight assessment: relationship to insight ‘structure’. *Psychopathology* 34, 245–252.
- Olaya, B., Marsà, F., Ochoa, S., Balanzá-Martínez, V., Barbeito, S., García-Portilla, M.P., González-Pinto, A., Lobo, A., López-Antón, R., Usall, J., Arranz, B., Haro, J.M., 2012. Development of the insight scale for affective disorders (ISAD): modification from the scale to assess unawareness. *J. Affect. Disord.* 142, 65–71.
- Sajatovic, M., Ignacio, R.V., West, J.A., Cassidy, K.A., Safavi, R., Kilbourne, A.M., Blow, F.C., 2009. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr. Psychiatry* 50, 100–107.
- Silva, R.A., Mograbi, D.C., Landeira-Fernandez, J., Cheniaux, E., 2014. O Insight No transtorno Bipolar: Uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria* 63 (3), 242–254.
- Silva, R.A., Mograbi, D.C., Figueiras, A., Camelo, E.V.M., Morton, G.D., Landeira-Fernandez, J., Cheniaux, E., 2015a. Cross-cultural adaptation, validation and factor structure of the insight scale for affective disorders. *J. Affect. Disord.* 178, 181–187.
- Silva, R.A., Mograbi, D.C., Silveira, L.A.S., Nunes, A.L.S., Novis, F.D., Landeira-Fernandez, J., Cheniaux, E., 2015b. Insight across the different mood states of bipolar disorder. *Psychiatr. Q.* 86, 395–405.
- Spearing, M.K., Post, R.M., Leverich, G.S., Brandt, D., Nolen, W., 1997. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res.* 73, 159–171.
- Yen, C.F., Chen, C.S., Yeh, M.L., Ker, J.H., Yang, S.J., Yen, J.Y., 2004. Correlates of insight among patients with bipolar I disorder in remission. *J. Affect. Disord.* 78 (1), 57–60.
- Yen, C.F., Chen, C.S., Ko, C.H., Yen, J.Y., Huang, C.F., 2007. Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord.* 9, 238–242.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A., 1978. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br. J. Psychiatry* 133, 429–435.

5.3. Artigo 3:

“Clinical correlates of loss of insight in bipolar depression”

Clinical correlates of loss of insight in bipolar depression.

Bipolar depression

Rafael de Assis da Silva^{1,2}, Daniel C. Mograbi^{3,4*}, Evelyn V. M. Camelo², Cristina M. T. Santana^{2,3}, J. Landeira-Fernandez³, Elie Cheniaux^{2,5}

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ.

2 Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

3 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, RJ.

4 Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, UK.

5 Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado Do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

* Corresponding author. Address: Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, KCL, P078, De Crespigny Park, SE5 8AF, London, UK, E-mail address: daniel.mograbi@kcl.ac.uk Phone: (44) (20) 7848 5718

Abstract

Background: Affective state may influence insight, especially regarding mania. Nevertheless, studies have so far suggested that depression seems not to significantly impair insight. To the best of our knowledge, this study pioneers the evaluation of how insight variations in bipolar depression correlate with clinical variables.

Method: A group of 165 bipolar patients, 52 of whom had depressive episodes according to DSM-5 criteria, were followed during a year. All patients underwent a clinical assessment and insight was evaluated through the Insight Scale for Affective Disorders. A repeated-measures ANOVA was calculated comparing scores on the four ISAD factors (insight about symptoms, the condition itself, self-esteem and social relationships) in order to investigate differences in insight according to different objects. Correlational analysis explored which clinical symptoms were linked to reduced insight.

Results: Worse total insight correlated with suicide attempt/ideation, subsyndromal manic symptoms such as mood elevation, increased energy and sexual interest. Worse self-esteem insight was associated with not only suicide ideation/attempt but also with activity reduction and psychomotor retardation. Worse symptom insight also correlated with psychomotor retardation. Better insight of having an affective disorder was associated with more intense hypochondria symptoms. Nevertheless, worse insight on having an illness was associated with the presence of psychotic symptoms.

Conclusion: Our study found that symptoms other than psychotic ones – suicide ideation, psychomotor retardation, and reduction of activity and work – correlate with insight impairment in bipolar depression.

Key words: insight, bipolar depression, bipolar disorder

Introduction

Insight in patients with bipolar disorder (BD) has been the focus of many studies since better or worse awareness about being ill, having symptoms or having some sort of psychosocial impairment may affect treatment adherence and thus, course of illness ^{1;2}.

Studies usually approach insight as a binary variable – present *versus* absent – and investigate a possible relationship between insight and clinical characteristics of BD or depressive episodes ^{3;4}. Other studies, nevertheless, try to establish a more complex understanding on insight not as a binary variable, but as a multidimensional one. Multidimensional scales have actually been widely used in research on insight. Olaya et al. (2012) ⁵ have, for example, developed a multidimensional scale, the “Insight Scale for Affective Disorders” (ISAD). ISAD consists of an insight scale measured through assessments done through hetero evaluation for patients with mood disorders. The evaluated dimensions include insight on the illness, treatment needs and social consequences ⁶. It allows for a more complete assessment of insight, addressing bipolar disorders in a comprehensive manner whilst at the same time investigating insight into several specific symptoms.

Affective states may influence insight, especially regarding mania. Studies seem unanimous in declaring that there is significant impairment of insight in mania ^{3,7}. A broad study on insight in mania recently showed that worse insight level specifically regarding symptoms is correlated with higher levels of energy/agitation, which suggests the existence of a psychomotor core in mania causing insight impair ⁸.

Diversely, studies have so far indicated that depression is not associated with significant impairment of insight. Several of those studies indeed include patients with bipolar and unipolar depression in the same sample, which limits specific findings about insight in bipolar depression ^{4,7}. To the best of our knowledge, the current study pioneers the evaluation of how insight variations in bipolar depression correlate with clinical variables. This study aims at evaluating how the several facets of insight may be affected in bipolar depression as well as searching correlations between insight and depressive symptomatology.

Methods

Sample

This study was performed at the bipolar disorder outpatient research clinic in the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Brazil, between July, 2014 and June, 2015.

Inclusion criteria were diagnosis of bipolar disorder type I or type II, having had at least one episode of depression during the research period and 18 years of age or older. Since patients could be evaluated more than once along the period of the study, thus potentially presenting with more than one depressive episode, only the first depressive episode of each a patient was considered for the analysis of the results. Additionally, patients were included only in case their depressive episode showed insight alteration – defined as score equal or above 2 in at least one of the 17 items of ISAD. As exclusion criteria were non-acceptance in participating in the research, non-cooperation in the application of assessment instruments, and suffering from severe non-psychiatric illness. This study was approved by the local Ethics Committee and all participants provided written informed consent.

Clinical evaluation

The psychiatric diagnosis was formulated according to DSM-5 criteria (APA, 2014) ⁹ through a clinical assessment performed by a psychiatrist. The affective state of each patient was also evaluated according to DSM-5 criteria and the following scales were used: Hamilton Depression Scale (HAM-D) ¹⁰, Young Mania Rating Scale (YMRS) ¹¹, Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS-p) / positive symptom subscale ¹² and Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness – mania subscale (CGI-BP-m) ¹³. HAM-D is a 17-item scale that evaluates the main depressive symptoms. YMRS has 11 items, which assess manic symptoms. PANSS-p allows the detection of presence and intensity of psychotic symptoms as well as of other positive symptoms. In this study, affective episodes were considered psychotic when at least one delusional narrative or hallucination of any kind was detected. CGI-BP is comprised of a global score measuring the severity of the affective episode.

Patients were also assessed with the ISAD, developed by Olaya et al. (2012) ⁵. It was translated into Portuguese and adapted for use in Brazil by Silva et al. (2015) ¹⁴. The instrument, based on the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD) ¹⁵, is a multidimensional assessment consisting of 17 items. Scores ranged from 1 (representing absence of symptom or full insight) to 5 (indicating no insight) for each

item. That implies scores above 1 already indicates insight alteration for that item. Total ISAD scores and subscores based on the four factors of the scale (insight about symptoms, having a disorder, self-esteem and social functioning) ¹⁴ were generated for the analysis. Full details about the psychometric properties of the scale and the factor analysis can be found in Silva et al. (2015) ¹⁴.

Statistical analysis

A repeated-measures ANOVA was calculated comparing scores on the four ISAD factors (insight about symptoms, the condition itself, self-esteem and social relationships) in order to investigate differences in insight according to the object. Post hoc comparisons were calculated with Student's t-tests adjusted with Bonferroni-Hochberg corrections ¹⁶. Because each ISAD factor varies in number of items, a mean score was generated dividing subscale scores by their number of items.

Correlational analysis explored which clinical symptoms were linked to reduced insight. For that purpose, correlations were calculated between ISAD total or subscale scores and each individual item of the YMRS, HAM-D and PANSS-p. Considering the ordinal characteristic of the YMRS items, Spearman rho correlations were calculated. To investigate the relationship between presence of psychotic symptoms and insight, point-biserial correlations were calculated. Considering the exploratory nature of the analyses, α was set at .05.

Results

Sample characteristics

Among the 138 patients with BD followed along the study, 68 had at least one depressive episode. Among those, 52 were selected for having had a minimum of one depressive episode in which insight was altered in at least one item evaluated by ISAD. Four patients had a psychotic episode, according to the criterion defined above. The sample was composed of 40 women and 12 men, all diagnosed with bipolar disorder type I. Sample characteristics can be seen in Table 1.

PLEASE INSERT TABLE 1 HERE

Insight according to the object

The repeated-measures ANOVA did not indicate any significant differences in insight according to the object ($F(3, 153) = 0.66, p = .580, \eta_p^2 = .01$).

Correlations between insight and depression symptoms

Results can be seen in Table 2. There were significant moderate correlations between total ISAD scores ($\rho = .30, p = .028$) or insight about self-esteem ($\rho = .43, p = .001$) and suicidal ideation/attempt (HAM-D #3). In addition, loss of insight about self-esteem correlated moderately with reduced activity (HAM-D #7; $\rho = .44, p = .001$) and psychomotor retardation (HAM-D #8; $\rho = .34, p = .013$). Insight about symptoms also showed a significant, but weak, correlation with motor retardation (HAM-D #8; $\rho = .29, p = .040$). A significant weak negative correlation was found between loss of insight about social relationships and early insomnia (HAM-D #4; $\rho = -.28, p = .045$).

A significant negative moderate correlation between loss of insight and hypochondria was also observed ($\rho = -.36, p = .008$). There were moderate positive correlations between insight as measured by the HAM-D and total ISAD scores ($\rho = .31, p = .026$), insight about symptoms ($\rho = .32, p = .021$) and insight about social relationships ($\rho = .34, p = .015$).

PLEASE INSERT TABLE 2 HERE

Correlations between insight and mania symptoms

Results can be seen in Table 3. Total ISAD scores showed moderate negative correlations with elevated mood (YMRS #1; $\rho = -.33, p = .045$), increased energy (YMRS #2; $\rho = -.40, p = .045$) and sexual interest (YMRS #3; $\rho = -.36, p = .045$). There was a moderate positive correlation between total ISAD scores and insight as measured by the YMRS (#11; $\rho = .30, p = .045$). Worse insight about social relationships correlated with unkempt appearance (YMRS #10; $\rho = .28, p = .045$), but the strength of the association was weak. Insight about symptoms, condition or self-esteem did not show any significant correlations.

PLEASE INSERT TABLE 3 HERE

Correlations between insight and psychotic symptoms

Results can be seen in Table 4. PANSS-p items did not correlate significantly with insight ($p > .05$). By contrast, loss of insight about condition showed a positive moderate correlation with presence of psychotic symptoms ($r_{pb} = .42$, $p = .002$).

PLEASE INSERT TABLE 4 HERE

Discussion

The current study found several correlations between the level of insight impairment and the intensity of manic or depressive symptoms in BD patients during a depressive episode. Higher scores of total ISAD, that is, worse insight, correlated with higher suicide ideation/attempt and with fewer subsyndromal manic symptoms such as mood elevation, increased energy and sexual interest. Worse insight on self-esteem associated not only with suicide ideation/attempt, but also with psychomotor retardation and decrease in work and activity. Worse insight on symptoms was also correlated with psychomotor retardation. Worse insight on having a disorder was associated with the presence of psychotic symptoms.

At least six studies evaluated insight in bipolar depression^{3,4,7,17-19}. In all of them, insight in mania was more impaired than in bipolar depression. Bressi et al. (2012)³ related a higher level of insight among depressed patients than among those with mixed episodes. Yen et al. (2007)⁷ found no difference regarding the level of insight among euthymic and depressed bipolar patients. Such studies performed limited evaluations of insight: a few used binary variables while others used multidimensional scales, though unable to evaluate insight specifically related to depressive symptomatology^{6,20}. To the best of our knowledge, no other study prior to ours has evaluated the correlation between insight and depressive symptoms. It is worth noting that the correlations found in the current study were generally weaker than in bipolar mania⁸, which may reflect a more limited contribution of symptoms to loss of insight in bipolar depression or reduced variance of insight into this condition.

In bipolar mania, insight about symptoms, represented by Factor I of the ISAD, is more impaired than insight about having bipolar disorder (Factor II), social relationships (Factor IV) and self-esteem (Factor III)⁸. In contrast with bipolar mania, the current study found that insight in bipolar depression did not fluctuate according to the object⁸.

It is possible that insight in bipolar depression is influenced by a general factor, such as a negative bias in appraisal of self-ability that does not change with different objects.

The association of suicidal ideation/attempt and loss of insight reinforce previous findings ²¹. It is possible that limited self-awareness about well-being (i.e., insight on self-esteem) is specifically linked with suicidal behavior. Loss of insight about self-esteem also correlated with reduced ability to work and psychomotor retardation, which indicates potential functional and behavioral consequences of reduced self-awareness. One alternative interpretation is that insight impairment is associated with alterations in psychomotor activity, which is reinforced by the correlation between insight on symptoms and psychomotor retardation; in bipolar mania, increases in psychomotor activity are associated with loss of insight ⁸. The relationship between hypochondria and more preserved insight about having a condition may be explained by over-reporting problems in hypochondriacs, which may be perceived by others as more preserved insight. Finally, the association between ISAD total and subscale scores with the insight item of the HAM-D provides further confirmation of the validity of the former scale.

Lower ISAD scores (better insight) are correlated with more severe subsyndromal manic symptoms. Findings are counterintuitive, considering that increased manic symptoms are typically correlated with worse insight in BD, including mixed states. It is possible that subsyndromal manic symptoms in bipolar depression results in a slightly reduced negative bias when evaluating self-ability, which may lead to more realistic self-appraisal.

Psychotic symptoms were associated with increased loss of insight on having a condition. That may indicate that BD patients with problems in reality monitoring have worse insight on having a psychiatric disorder and its consequences. Nevertheless, none of the positive symptoms of the PANNS correlated with loss of insight, so it is possible that the negative symptoms in psychosis influence insight in BD. This is in accordance with findings that indicate that apathy is a strong marker of insight impairment in other conditions, such as dementia ²². However, it is also possible that limited variance in the PANNS scale led to the absence of significant correlations. This may be particularly relevant considering that there was an association with psychotic depression, which was defined as the presence of at least one delusion or hallucination, but was present in only 4 patients of the sample.

This study has a few limitations related to sampling. Although a large sample of bipolar patients was followed up, the final sample, consisting of patients with at least one

depressive episode, was relatively smaller. Similarly, the criteria for psychotic depression only included positive symptoms, and included only 4 patients. Therefore, studies with larger samples are advisable. Moreover, the fact that the study was performed in a university hospital may have led to a selection of subjects with more severe conditions. Future studies in different settings are important to generalize the current findings.

Conclusion

The current study found that symptoms other than psychotic, such as suicide ideation, decrease of work and activity, and psychomotor retardation, correlate with insight impairment in bipolar depression. Diversely from mania, in which a worse level of insight correlates with higher levels of agitation/energy, insight in bipolar depression does not vary according to specific objects.

Conflict of interest

No conflict of interest

Acknowledgements

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – Brazilian Government) and Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ – Brazilian Government) provided funding for this study.

References

- 1) Cely, E.E.P., Fierro, M., Pinilla, M.I. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento em adultos com transtorno afectivo bipolar. *Rev Colomb Psiquiat.* 2011; 40 (1), 85-98.
- 2) Sajatovic, M., Ignacio, R.V., West, J.A., Cassidy, K.A., Safavi, R., Kilbourne, A.M., Blow, F.C. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry.* 2009; 50:100-107.

- 3) Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P.M., Nocito, E.P., Ciabatti, M., Magri, L., Altamura, A.C. The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: an Italian prospective study. *Eur Psychiatry*. 2012; 27, 619-624.
- 4) Cassidy F. Insight in bipolar disorder: relationship to episode subtypes and symptom dimensions. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010; 6, 627-631.
- 5) Olaya, B., Marsà, F., Ochoa, S., Balanzá-Martínez, V., Barbeito, S., García-Portilla, M.P., González-Pinto, A., Lobo, A., López-Antón, R., Usall, J., Arranz, B., Haro, J.M. Development of the insight scale for affective disorders (ISAD): Modification from the scale to assess unawareness. *J Affect Disord*. 2012; 142, 65-71.
- 6) Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S., Flaum, M.M., Endicott, J., Gorman, J.M. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993; 150, 873-879.
- 7) Yen, C.F., Chen, C.S., Ko, C.H., Yen, J.Y., Huang, C.F. Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord*. 2007; 9, 238-242.
- 8) Silva, R.A., Mograbi, D.C., Bifano, J., Santana, C.M.T., Cheniaux, E. Insight in bipolar mania: evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms. *J Affect Disord*. 2016; 199:95-98.
- 9) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014. 5ª Edição. American Psychiatric Association (APA). Ed: Artmed.
- 10) Hamilton, M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23, 56-62.
- 11) Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978; 133, 429-35.
- 12) Chaves, A.C., Shirakawa, I. Positive And Negative Syndrome Scale – PANSS and its use in Brazil. *Rev Psiq Clin*. 1998; 25, 337-343.

- 13) Spearing, M. K., Post, R.M., Leverich, G.S., Brandt, D., Nolen, W. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res.* 1997; 73, 159-171.

- 14) Silva, R.A., Mograbi, D.C., Filgueiras, A., Camelo, E.V.M., Morton, G.D., Landeira-Fernandez, J., Cheniaux, E. Cross-cultural adaptation, validation and factor structure of the Insight Scale for Affective Disorders. *J Affect Disord.* 2015; 178,181-187.

- 15) Amador, X.F., Flaum, M.M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A., Clark, S.C., Gorman, J.M. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1994; 51, 826–836.

- 16) Hochberg, Y. A sharper Bonferroni procedure for multiple tests of significance. *Biometrika.* 1988; 75 (4), 800-802.

- 17) Peralta, V., Cuesta, M.J. Lack of insight in mood disorders. *J Affect Disord.* 1998; 49:55–58.

- 18) Dell’Osso, L., Pini, S., Cassano, G.B., Mastrocinque, C., Seckinger, R.A., Sacttoni, M., Papasogli, A., Yale, A.S., Amador, X.F. Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disord.* 2002; 4:315-322.

- 19) Dell’Osso, L., Pini, S., Tundo, A., Sarno, N., Musetti, L., Cassano, G.B. Clinical characteristics of mania, mixed mania, and bipolar depression with psychotic features. *Compr Psychiatry.* 2000; 41(4):242-247.

- 20) David, A.S. Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry.* 1990; 156, 798–808.

- 21) Silva, R.A., Mograbi, D.C., Bifano, J., Santana, C.M.T., Cheniaux, E. Correlation Between Insight Level and Suicidal Behavior/Ideation in Bipolar Depression. *Psychiatr Q.* 2016 (Online).

- 22) Mograbi, D.C., Morris, R.G. On the Relation among Mood, Apathy, and Anosognosia in Alzheimer's Disease. *J Int Neuropsychol Soc.* 2014; 20: 2-7.

Table 1 – Clinical and demographic characteristics of patients

	BD patients in depression
	(n = 52)
	M (SD) / Min–Max
Age	51.8 (12.7) / 19–83
Years of education	11.8 (4.0) / 0–17
Gender*	12/40
HAM-D	13.7 (5.1) / 6–28
YMRS	3.2 (3.5) / 0–18
ISAD	25.2 (7.8) / 18–59
PANSS-p	8.1 (2.5) / 7–23
CGI-BP Depression	3.8 (1.0) / 3–7

* # male/female; HAM-D – Hamilton Rating Scale for Depression; YMRS – Young Mania Rating Scale; ISAD – Insight Scale for Affective Disorders; PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale; CGI-BP – Clinical Global Impression-Bipolar.

Table 2 – Correlations between insight and depression symptoms

	ISAD Scores				
	Total ρ	Factor 1 ρ	Factor 2 ρ	Factor 3 ρ	Factor 4 ρ
HAM-D #1 – Depressed mood	.07	.13	-.10	.06	-.20
HAM-D #2 – Guilt	.02	.01	.01	.23	-.08
HAM-D #3 – Suicide	.30*	.23	-.01	.43**	-.03
HAM-D #4 – Insomnia early	-.12	-.02	-.06	-.11	-.28*
HAM-D #5 – Insomnia middle	-.08	-.03	-.14	-.12	-.08
HAM-D #6 – Insomnia late	-.14	-.16	.08	-.13	-.05
HAM-D #7 – Work/activities	.27	.09	.15	.44**	-.02
HAM-D #8 – Slowness	.23	.29*	-.09	.34*	-.20
HAM-D #9 – Agitation	-.12	.04	-.07	-.12	-.17
HAM-D #10 – Psychological anxiety	-.26	-.08	-.23	-.08	-.23
HAM-D #11 – Somatic anxiety	-.14	-.03	.04	-.20	-.08
HAM-D #12 – Eating	.01	.06	.05	-.07	-.10
HAM-D #13 – Somatic symptoms	-.02	.06	-.11	.01	.09
HAM-D #14 – Sexual changes	.08	-.03	.17	.15	.22
HAM-D #15 – Hypochondria	-.03	.07	-.36**	.07	.25
HAM-D #16 – Loss of weight	.07	.01	.07	.10	.10
HAM-D #17 – Insight	.31*	.32*	-.03	.13	.34*

Significant results in bold; * $p < .05$ ** $p < .01$; ρ – Spearman Rho; Factor 1 – Symptoms; Factor 2 – Condition; Factor 3 – Self-esteem; Factor 4 – Social relationships.

Table 3 – Correlations between insight and mania symptoms

	ISAD Scores				
	Total ρ	Factor 1 ρ	Factor 2 ρ	Factor 3 ρ	Factor 4 ρ
YMRS #1 – Elevated mood	-.33*	-.12	-.19	-.22	-.17
YMRS #2 – Increased energy	-.40**	-.06	-.26	-.26	-.25
YMRS #3 – Sexual interest	-.36**	-.20	-.14	-.17	-.13
YMRS #4 – Sleep	.09	.01	.09	.06	-.16
YMRS #5 – Irritability	-.24	-.15	.04	-.13	-.13
YMRS #6 – Speech	-.19	.01	-.15	-.10	-.17
YMRS #7 – Language/thought disorder	.09	.18	-.21	.18	-.10
YMRS #8 – Thought content	-.09	-.05	.09	-.12	-.20
YMRS #9 – Aggressive behavior	.07	.04	.13	.03	-.13
YMRS #10 – Appearance	.04	.16	.01	.01	.28*
YMRS #11 – Insight	.30*	.24	.27	.10	.20

Significant results in bold; * $p < .05$ ** $p < .01$; ρ – Spearman Rho; Factor 1 – Symptoms; Factor 2 – Condition; Factor 3 – Self-esteem; Factor 4 – Social relationships.

Table 4 – Correlations between insight and positivesymptoms

	ISAD Scores				
	Total ρ	Factor 1 ρ	Factor 2 ρ	Factor 3 ρ	Factor 4 ρ
PANSS-p #1 – Delusions	.18	-.06	.13	.14	.20
PANSS-p #2 – Conceptual disorganization	.06	-.06	.06	.25	.03
PANSS-p #3 – Hallucinations	.18	-.02	.23	.22	.09
PANSS-p #4 – Excitement	-.09	-.05	-.02	-.13	-.01
PANSS-p #5 – Grandiosity	-.06	-.07	.06	-.14	-.10
PANSS-p #6 – Suspiciousness	.14	.02	.14	-.06	.11
PANSS-p #7 – Hostility	-.14	-.05	.07	-.09	-.08
Presence of psychotic symptoms*	.06	-.13	.42**	.13	.11

Significant results in bold; * $p < .05$ ** $p < .01$; ρ – Spearman Rho; Factor 1 – Symptoms; Factor 2 – Condition; Factor 3 – Self-esteem; Factor 4 – Social relationships; * Point-biserial correlation.

5.4. Artigo 4:

“Correlation between insight level and suicidal behavior/ideation in bipolar depression”



Correlation Between Insight Level and Suicidal Behavior/Ideation in Bipolar Depression

Rafael de Assis da Silva^{1,2} · Daniel C. Mograbi^{3,4} · Jaqueline Bifano² ·
Cristina M. T. Santana^{2,3} · Elie Cheniaux^{2,5}

© Springer Science+Business Media New York 2016

Abstract Suicide is a relatively common outcome along the course of bipolar disorder. Studies have shown a positive correlation between ideation or attempts of suicide and higher insight in schizophrenic patients. Nevertheless there are still few studies that evaluate the relationship between suicide and insight in mood disorders. Evaluate the relationship between insight and suicidal ideation or behavior in bipolar depression. A group of 165 bipolar patients were followed up along 1 year. Each patient's mood was assessed in every consultation according to DSM-IV-TR criteria. Suicidal ideation and behavior were prospectively assessed through item 3 of HAM-D whenever a major depressive episode was diagnosed. Insight was evaluated through the Insight Scale for Affective Disorders. A history of suicidal attempts was associated with worse insight in 60 patients with one episode of bipolar depression. The difference remained even when the supposed effect of depression over insight was controlled. No correlation between current suicidal ideation and insight level was found though. Our results suggest that a history of suicide attempts may correlate with higher impairment of insight in bipolar depression. No relationship was found between current suicidal ideation and insight.

Keywords Insight · Suicide · Bipolar depression

✉ Rafael de Assis da Silva rafaelpsiq@gmail.com

- ¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rua Largo do Machado, 29/411, Catete, Rio de Janeiro, RJ, Brazil
- ² Laboratório de transtorno bipolar, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Avenida Venceslau Brás, 71, Fundos, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ CEP 22290-140, Brazil
- ³ Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, RJ, Brazil
- ⁴ Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK
- ⁵ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado Do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Introduction

Suicide is a relatively common outcome in bipolar disorder (BD). Among bipolar disorder patients, 25–50 % attempt suicide at least once [1, 2] and 11–19 % die as a consequence of such attempts [3]. A few risk factors for suicide completion in BD have already been described such as previous suicidal attempts [1], higher severity of affective episodes [1], depression [4] and suicidal ideation [5].

Studies on insight in psychiatric patients have assessed subjects' capability of recognizing their general state, the importance of treatment, its social consequences and presence of symptoms [6, 7]. Studies have shown a positive correlation between suicidal ideation or attempts and higher level of insight in schizophrenic patients [8, 9]. Nevertheless, few studies have so far evaluated the relationship between insight and suicide in mood disorders [10–12].

Understanding the correlation between insight and suicide in BD may help professionals identify risk factors as well as elaborate preventive measures. The objective of the present study was to assess the relationship between insight and suicidal behavior or ideation in bipolar depression.

Methods

Sample

This study was performed in the bipolar disorder outpatient research clinic in the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro—UFRJ), between July, 2014 and June, 2015. This study was approved by the local Ethics Committee.

The inclusion criteria were: being diagnosed with BD Type I or Type II, 18 years old or older, having signed the informed consent form and having had an episode of major depression. Patients with depression in BD were chosen for the study because this kind of episode presents the highest level of suicidal behavior or ideation.

Clinical Evaluation

Identification data were collected as well as information on educational level, sex and age of each patient. The number of previous suicidal attempts was assessed and the diagnosis was formulated according to the DSM-IV-TR criteria through semi-structured interview SCID [13].

The affective state of each patient was evaluated according to DSM-IV-TR criteria in each appointment. Whenever an episode of major depression was diagnosed the following scales were administered: *Hamilton Depression Scale* (HAM-D) [14], *Young Mania Rating Scale* (YMRS) [15], *Positive And Negative Syndrome Scale* (PANSS-p)/positive symptom subscale [16] and *Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness—depression subscale* (CGI-BP-d) [17]. Current suicidal ideation and behavior were prospectively assessed through item 3 of HAM-D whenever a major depressive episode was diagnosed. The patients were also assessed with the “Insight Scale for Affective Disorders” (ISAD), developed by Olaya et al. [18], translated into Portuguese and adapted for use in Brazil by Silva et al. [19]. The instrument, based on the Scale to Assess Unawareness of

Mental Disorders (SUMD) [6], is a multidimensional assessment consisting of 17 items. Each question is scored from 0 to 5, with higher scores representing worse insight.

Statistical Analysis

Participants were categorized according to their previous history of suicide attempts and current suicide ideation. In order to increase statistical power for the analysis, the variables were recorded as binary (i.e. with versus without history of suicide attempts; with versus without current thoughts or behaviour related to suicide). In the latter variable, scores above 0 in item #3 of HAM-D were considered evidence of passive or active suicide ideation. Independent samples t-tests were then calculated to explore group differences in terms of demographic (age and years of education) and clinical variables (insight: total ISAD scores; depressive symptoms: total HAM-D scores; mania: total YMRS scores; presence of psychotic symptoms: total PANSS scores). Chi square tests were used to investigate differences in gender distribution and Mann–Whitney tests were calculated to explore differences in depressive syndrome severity (CGI-BP-d).

Considering the focus of the study, differences in insight between groups were further explored with ANCOVAs, controlling for the effect of any demographic or clinical variables that exhibited significant differences when comparing groups.

Results

Among the 165 patients with BD diagnosis followed up during the study period, 60 had a major depressive episode and were therefore selected. The sample was formed by 13 women and 47 men, all bipolar type I.

Table 1 Clinical and demographic characteristics of patients with or without previous history of suicide attempt

	Previous attempts (n = 23) M (SD)	No previous attempts (n = 37) M (SD)	p value
Age	48.1 (15.7)	50.2 (11.2)	.546
Years of education	12.3 (3.5)	12.5 (3.6)	.839
Gender*	18/5	29/8	.991
HAM-D	15.3 (4.7)	12.8 (4.5)	.041
YMRS	3.5 (3.1)	3.1 (3.0)	.627
ISAD	18.6 (11.7)	13.1 (4.3)	.012
PANSS-p	7.8 (1.2)	7.9 (1.6)	.730
CGI-BP-d	4.1 (1.0)	3.6 (0.7)	.099

* #male/female; *HAM-D* Hamilton Rating Scale for Depression, *YMRS* Young Mania Rating Scale, *ISAD* Insight Scale for Affective Disorders, *PANSS-p* Positive and Negative Syndrome Scale, positive symptoms subscale, *CGI-BP-d* clinical global impression-bipolar—depression subscale

History of Suicide Attempts and Insight

Results can be seen in Table 1. From the 60 patients with bipolar disorder, 23 had at least one previous suicidal attempt. There were no differences between groups in demographic variables: gender ($\chi^2 [1] = 0.1, p = .991$), years of education ($t [58] = 0.2, p = .839$) or age ($t [58] = 0.6, p = .546$). There were no significant group differences in the severity of mania ($t [58] = 0.5, p = .627$), illness severity (CGI-BP-d: $z = 1.6, p = .099$) or psychotic symptoms ($t [58] = 0.3, p = .730$). However, a history of previous suicidal attempt was correlated with a lower level of insight ($t [58] = 2.6, p = .012$) and higher severity of depressive symptoms ($t [58] = 2.1, p = .041$). Differences in insight remained significant after the inclusion of depression as a covariate ($p = .021$).

Current Active/Passive Suicide Ideation and Insight

Results can be seen in Table 2. From the 60 patients, 27 had current active/passive suicide ideation. There were significant differences between groups in terms of severity of depressive symptoms, HAM-D, ($t [58] = 3.7, p = .001$). However, no other differences were significant: insight ($t [58] = 0.1, p = .950$); age ($t [58] = 0.8, p = .446$); years of education ($t [58] = 1.9, p = .061$); gender ($\chi^2 [1] = 0.1, p = .925$); mania severity ($t [58] = 1.2, p = .246$); psychotic symptoms ($t [58] = 1.2, p = .246$); illness severity (CGI-BP-d: $z = 0.7, p = .497$). Inclusion of depression as a covariate did not lead to significant group differences in insight ($p = .677$).

Discussion

The findings indicate that a history of suicidal attempts is associated with worse insight among patients with current bipolar depression. Such difference remained even when the supposed effect of depression over insight was controlled for using an ANCOVA. No differences in insight were found between patients with or without current suicidal ideation.

The finding linking previous history of suicide with poorer insight may be related to cognitive explanations of self-awareness. There is evidence suggesting that impaired and

Table 2 Clinical and demographic characteristics of patients with or without current suicide ideation

	Active/passive suicide ideation (n = 27) M (SD)	No suicide ideation (n = 33) M (SD)	p value
Age	48.0 (12.8)	50.6 (13.3)	.446
Years of education	13.4 (3.1)	11.7 (3.7)	.061
Gender*	21/6	26/7	.925
HAM-D	16.0 (4.7)	11.9 (3.8)	.001
YMRS	3.7 (3.2)	2.8 (2.8)	.246
ISAD	15.1 (9.7)	15.3 (6.5)	.950
PANSS-p	8.1 (1.5)	7.7 (1.4)	.246
CGI-BP-d	3.8 (0.9)	3.9 (0.9)	.497

* #Male/female; HAM-D Hamilton Rating Scale for Depression, YMRS Young Mania Rating Scale, ISAD Insight Scale for Affective Disorders, PANSS Positive and Negative Syndrome Scale, positive symptoms subscale, CGI-BP-d clinical global impression-bipolar-depression subscale

over general autobiographical memory is associated with suicidality in depression [20]. It is possible that patients who have attempted suicide before have over general memories about themselves, showing poor insight about condition. It could be argued that patients with a history of suicidal attempts have more severe BD, and thus poorer insight, but this is unlikely, considering there were no differences between groups in terms of illness severity.

Contrary to our results, a few studies found a correlation between suicidal behavior and a better insight. One of those studies had a sample of patients with schizophrenia [21]. According to the author, as the insight level regarding the disorder increases and the psychosocial impairment become more clear to the patient—like the lack of skills to deal with their disorder—they get more susceptible to depressive mood and, consequently, to suicidal behavior [22]. Misdrahi et al. [23] observed that depressive symptoms and a higher level of insight were associated with suicidal behavior in schizophrenic patients. Gonzalez [12], researched a group of 1009 schizophrenic patients and concluded that the recognition of having a mental disorder was significantly related to suicidal ideation and behavior, both prospective and retrospectively. In contrast, Bourgeois et al. [24] found no significant correlation between insight and suicidal behavior after controlling for the effects of depression in schizophrenic patients.

Studies on BD patients [10–12], also in contrast with the current findings, found a correlation between higher level of insight and suicidal behavior. Different sampling strategies may be behind the discrepancy in findings, with previous studies including samples of bipolar patients that were not in depression. Acosta et al. [10] assessed insight in a sample of 102 bipolar patients in remission through SUMD. They found that higher insight levels about the disorder correlated with higher suicidal ideation. Gonzalez [12] also found 297 type I bipolar patients with correlation between higher insight level and suicidal ideation. Finally, Yen et al. [11] evaluated a group of 96 type I bipolar patients in remission through insight scales SAI [25] e SAI-E [26]. They found that the patients that had presented suicidal ideation or attempts along the previous year had higher levels of insight as compared to those without suicidal ideation or attempts.

Studies on insight and suicide in unipolar depression are more scarce and heterogeneous. Gonzalez et al.'s study [12] showed that patients with recurring major depression and better insight had backgrounds of suicidal ideation or attempts. On the other hand, Yen et al. [27] could not find any correlation between the insight level and suicidal risk in patients with depression through the use of the Mood Disorders Insight Scale prospectively along 1 year.

The present study had a few limitations. Insight was evaluated only cross-sectionally. Since insight may vary along time, especially depending on the affective state of the bipolar patient [28–30], studying possible correlations with suicidal ideation or behavior would benefit from a longitudinal approach. Another limitation was assessing ideation and behavior through a single item of a depression scale instead of using a specific instrument to assess the possibility of suicide.

Conclusion

Our results suggest that a history of suicide attempt may correlate with higher impairment of insight in bipolar depression, with no relationship being found between current suicidal ideation and insight. Nevertheless, studies on the topic are still scarce and heterogeneous and for that reason the question remains unanswered.

Acknowledgments Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES.

Compliance with Ethical Standards

Conflict of Interest The authors declare that they have no conflict of interest.

Ethical approval All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed consent Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

References

1. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L: Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 66(6):693–704, 2005.
2. Jamison KR: Suicide and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 61(Suppl 9):47–51, 2000.
3. Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, Gamma A: Suicide in 406 mood disorder patients with and without long-term medication: A 40 to 44 years' follow-up. *Archives of Suicide Research* 9(3):279–300, 2005.
4. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppämaäki S, Arvilommi P, Isometsä ET: Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 8(5 Pt 2):576–585, 2006.
5. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck Jr PE, McElroy SL, et al.: Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *Journal of Clinical Psychiatry* 64(5):506–615, 2003.
6. Amador XF, Flaum MM, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM: Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*. 51:826–836, 1994.
7. Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS: A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathology and clinical variables. *Psychological Medicine* 28:437–446, 1998.
8. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM: Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry*. 153:1185–1188, 1996.
9. Schwartz RC: Insight and suicidality in schizophrenia: A replication study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 188:235–237, 2000.
10. Acosta FJ, Veja D, Torralba L, Navarro S, Ramallo-Fariña Y, Fiúza D, Hernández JL, Siris SG: Hopelensness and suicidal risk in bipolar disorder. A study in clinically nonsyndromal patients. *Comprehensive Psychiatry* 53:1103–1109, 2012.
11. Yen CF, Cheng CP, Ko CH, Yen JY, Huang CF, Chen CS: Suicidality and its association with insight and neurocognition in Taiwanese patients with bipolar I disorder in remission. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 196(6):462–467, 2008.
12. Gonzalez VM: Recognition of mental illness and suicidality among individuals with serious mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disorders* 196:727–734, 2008.
13. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW: Confiabilidade de “En- trevista Clínica Estruturada para o DSM-IV—Versão Clínica” traduzida para o português/Reliability of the structured clinical interview for DSM-IV—clinical version translated into Portuguese. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 23:156–159, 2010.
14. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA: A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry* 133:429–35, 1978.
15. Hamilton M: A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23:56–62, 1960.
16. Chaves AC, Shirakawa I: Positive and negative syndrome scale—PANSS and its use in Brazil. *Revista de Psiquiatria Clínica* 25:337–343, 1998.
17. Spearing MK, Post RM, Leverich GS, Brandt D, Nolen W: Modification of the clinical global impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): The CGI-BP. *Psychiatry Research* 73:159–171, 1997.
18. Olaya B, Marsà F, Ochoa S, Balanzá-Martínez V, Barbeito S, García-Portilla MP, González-Pinto A, Lobo A, López-Antón R, Usall J, Arranz B, Haro JM: Development of the insight scale for affective

- disorders (ISAD): Modification from the scale to assess unawareness. *Journal of Affective Disorders* 142:65–71, 2012.
1. Silva RA, Mograbi DC, Filgueiras A, Camelo EVM, Morton GD, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E: Cross-cultural adaptation, validation and factor structure of the Insight Scale for Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders* 178:181–187, 2015.
 2. Williams CC, Collins A: Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatric Services* 53(1):96–98, 2002.
 3. Schwartz RC: Self-awareness in schizophrenia: Its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 189(6):401–3, 2001.
 4. Schwartz RC, Smith SD: Suicidality and psychosis: The predictive potential of symptomatology and insight into illness. *Journal of Psychiatric Research* 38:185–191, 2004.
 5. Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussent I, Courtet P: Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Research* 216(1):12–16, 2014.
 6. Bourgeois M, Swedenson J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, Lindenmayer J, Hsu C, Alphs L, Meltzer HY: Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial. *American Journal of Psychiatry* 161:1494–1496, 2004.
 7. David AS: Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 156:798–808, 1990.
 8. Kemp R, David A: Insight and compliance. In: Blackwell B (Ed): *Insight and compliance*. Newark (NJ): Gordon and Breach Publishing Group p. 61–84, 1996.
 9. Yen CF, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH, Chen CC: Predictive value of self-stigma, insight, and perceived adverse effects of medication for the clinical outcomes in patients with depressive disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 197(3):172–177, 2009.
 10. Silva RA, Mograbi DC, Silveira LAS, Nunes ALS, Novis FD, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E: Insight across the different mood states of bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly* 86:395–405, 2015.
 11. Silva RA, Mograbi DC, Camelo EVM, Bifano J, Wainstok M, Silveira LAS, Cheniaux E: Insight in bipolar disorder: A comparison between mania, depression and euthymia using the Insight Scale for Affective Disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 37:152–156, 2015.
 12. Silva RA, Mograbi DC, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E: O insight no transtorno bipolar: Uma reviso sistematica. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*. 63(3):242–254, 2014.

Rafael de Assis da Silva, MD, MSc has BSc in Medicine from the Fluminense Federal University (UFF), a MSc in Psychiatry from the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ). He is currently doing a PhD in Psychiatry at the Institute of Psychiatry of UFRJ. He is currently a MD at the Federal University of State of Rio de Janeiro (Unirio). He has published several scientific papers in national and international journals. His main topic of study is insight into bipolar disorder.

Daniel C. Mograbi, PhD has a BSc in Psychology from the Federal University of Rio de Janeiro and a PhD in Psychology and Neuroscience from the Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London. He is currently an assistant professor at PUC-Rio. He is interested in disorders of awareness, memory and emotion.

Jaqueline Bifano, MD has a BSc in Medicine from Faculdade de Medicina do Vale do Aço (FAMEVAC, O). She is currently a researcher at Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ).

Cristina M. T. Santana, Bsc has a BSc in Psychology from the PUC-Rio. She is currently a researcher at Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ).

Elie Cheniaux, PhD has a BSc in Medicine from State University of Rio de Janeiro (UERJ) (1988), a MSc in Psychiatry from the Federal University of Rio de Janeiro (1993) and a PhD in Psychiatry from the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) (1997). He is professor of Psychiatry at UERJ and at the Institute of Psychiatry of UFRJ. He has published more than 70 papers in national and international journals.

5.5. Manuscrito:

“The relationship between insight and affective temperament in bipolar disorder”

The relationship between insight and affective temperament in bipolar disorder

Rafael de Assis da Silva^{1,2}, Daniel C. Mograbi^{3,4*}, Evelyn V. M. Camelo², Luiza Nogueira Amadeo³, Cristina M. T. Santana^{2,3}, Elie Cheniaux^{2,5}

1 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ.

2 Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

3 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, RJ.

4 Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, UK.

5 Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado Do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

* Corresponding author. Address: Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, KCL, P078, De Crespigny Park, SE5 8AF, London, UK, E-mail address: daniel.mograbi@kcl.ac.uk Phone: (44) (20) 7848 5718

Abstract

Background: In recent years, the association between temperament and clinical characteristics of mood disorders has been studied. Most bipolar patients show deficits in their awareness of signs and symptoms of specific symptoms. But, to the best of our knowledge, the relationship between affective temperament and insight in bipolar patients has not been carried out in the literature so far.

Objective: Evaluate the relationship between affective temperament and insight in bipolar disorder.

Method: A group of 65 bipolar patients were followed during a year. Patients underwent a clinical assessment and the affective state of each patient was assessed in each appointment through DSM-5 criteria. Insight was evaluated through the Insight Scale for Affective Disorders and affective temperament was evaluated through the TEMPS-Rio de Janeiro. The relationship between affective temperament and insight was explored with Spearman rho correlations between scores in each item of the Insight Scale for Affective Disorders and in the TEMPS-Rio de Janeiro subscales. The correlational analysis was done separately for each patient group (euthymia, depression and mania).

Results: In euthymic phases, higher scores of depressive temperament relate to a higher level of insight about the consequences of the disorder in social life, family, and work. Besides, patients with higher scores of depressive temperament when in mania show better insight about having an affective disorder, presenting psychomotor alterations, and suffering from guilt and grandiosity. Similarly, bipolar patients with higher scores of anxious temperament, when in mania, have better insight on alterations in attention. But bipolar patients with higher scores of hyperthymic temperament, when in mania, show the worst insight on the course of thought.

Conclusion: The level of insight in bipolar patients, besides being determined by the affective state and several others symptoms, is influenced by the affective temperament.

Keywords: bipolar disorder, insight, affective temperament

Introduction

Temperament may be defined as the fundamental affective attitude, the emotional soundtrack that precedes experience and leads to it [1]. Emil Kraepelin described four basic affective dispositions – depressive, manic, cyclothymic and irritable – and proposed that imbalance among those was the fundamental cause of the several mental disorders. In his studies, Kraepelin indicated that individuals with a depressive temperament would be better aware of their illness (better insight) and that individuals with hyperthymic temperament would experience worse insight [1].

The concept of basic affective dispositions has been modernly recovered. Akiskal [2-4] has formulated a psychopathological continuum between temperament and mood disorders, redefined the Kraepelinian idea of basic affective states and introduced the concept of a bipolar spectrum. Akiskal has also postulated that temperamental dysregulation would be the fundamental pathology underlying mood disorders and predisposing its development. In recent years, the association between temperament and clinical characteristics of mood disorders has been studied, e.g., evolution, predominant polarity symptomatology, long-term course of disease, suicidality, therapeutic response, and medication adherence [5-7]. However, no recent study has addressed the relationship between temperament and insight.

Insight has been traditionally defined as “a correct attitude for morbid change in oneself” [8]. Higher or lesser awareness regarding having a condition, symptoms, and psychosocial impairment may significantly influence the course of disease and thus affect adherence to treatment [9]. Studies about insight were initially conducted only on schizophrenic patients [10,11], but now patients with BD have started to be investigated. Most bipolar patients show deficits in their awareness of signs and symptoms of specific symptoms [12]. The level of insight has been related to several clinical data, like number of previous hospitalizations, illness duration, previous psychotic symptoms, and insight level [13,14]. Besides, correlations among insight lessening and cognitive alterations have been found, especially regarding memory, learning, general intelligence, attention, and executive functions [15,16]. Based on the Kraepelinian concept, we hypothesize that individuals with depressive temperament have better insight and those with a hyperthymic temperament would have worse insight.

The objective of the present study is evaluating the relationship between affective temperament and insight in BD, which, to the best of our knowledge, has not been carried out in the recent literature.

Methods

Sample

This study was performed in an outpatient research clinic in the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro between July, 2014 and June, 2015. Inclusion criteria were: diagnosis of bipolar disorder type I or type II; age over 18 years; written informed consent. The local Ethics Committee approved the study.

Clinical evaluation

Psychiatric diagnosis was formulated in this study according to DSM-5 [17] criteria and through clinical evaluation conducted by a psychiatrist. Social demographic data were collected – age, sex and educational level. The affective state of each patient was also assessed in each appointment through DSM-5 criteria. The following scales were used: *Hamilton Depression Scale* (HAM-D) [18], *Young Mania Rating Scale* (YMRS) [19] and *Clinical Global Impressions Scale for use in bipolar illness* (CGI-BP) [20]. HAM-D consists of a scale to assess depressive symptoms with 17 items. YMRS is comprised of 11 items to assess manic symptoms. CGI-BP presents global scoring pertaining the severity of the affective episode.

Patients were also assessed in each appointment with the “Insight Scale for Affective Disorders” (ISAD) developed by Olaya et al. (2012) [21]. It was translated into Portuguese and adapted for use in Brazil by Silva et al. (2015) [22]. The instrument, based on the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD) [10], is a multidimensional assessment consisting of 17 items. Scores ranged from 1 (representing absence of symptom or full insight) to 5 (indicating no insight) for each item. Therefore, any scoring above 1 already represents alteration of insight regarding a given item.

TEMPS-Rio de Janeiro was also used in the first appointment of euthymic patients. It comprehends a reduced questionnaire aimed at assessing affective temperament, based on Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San

Diego (TEMPS) [23], and adapted to Brazilian Portuguese [24]. It has 45 false-true questions that allow classifying temperament of patients in six types: depressive, cyclothymic hyperthymic, irritable, anxious, or worried.

Since the same patient could be assessed more than once along the study thus presenting more than one affective episode, our study opted to only include assessments regarding the first depressive episode, first manic episode, and first euthymic phase of each patient for the sake of the analysis.

Statistical Analysis

Descriptive statistics were used to illustrate sample characteristics. The relationship between affective temperament and insight was explored with Spearman rho correlations between scores in each item of the ISAD and in the TEMPS subscales, respecting the ordinal characteristic of the insight scale. Pearson's correlations were calculated between total ISAD scores and affective temperament. The correlational analysis was done separately for each patient group (euthymia, depression and mania). Considering the exploratory nature of the current analyses, focus was given to effect sizes (the strength of the correlation) in relation to p-values, with no a priori corrections of α , set at .05.

Results

Sample characteristics and associations between demographic variables and affective temperament

Sixty-five (65) patients with BD were followed along the study. All were evaluated during euthymia at least once. From the 65 patients, 29 were also evaluated when depressed and 24 when in mania. The sample was composed of 43 women and 22 men. A description of demographic and clinical characteristics of the sample can be seen in Table 1.

PLEASE INSERT TABLE 1 HERE

Associations between insight and affective temperament

Euthymia

A significant correlation was found only between depressive temperament and ISAD #3 (“Awareness of consequences of the illness on work, family and social life”), with patients with depressive temperament showing better insight ($\rho = -.25$, $p = .044$).

Mania

There was a significant correlation between hyperthymic temperament and worse insight in ISAD #12 (“Awareness of suffering from idea flight – worse insight with hyperthymic temperament”; $\rho = .45$, $p = .025$). By contrast, depressive temperament was associated with more preserved insight. This was observed for ISAD #1 (“Awareness of suffering from an affective disorder”; $\rho = -.49$, $p = .016$), ISAD #8 (“Awareness of suffering from psychomotor agitation”; $\rho = -.49$, $p = .014$) and ISAD #10 (“Awareness of suffering from feelings of grandiosity”; $\rho = -.44$, $p = .029$). Similarly, anxious temperament was associated with better insight for awareness of attentional changes (ISAD #13) in bipolar mania ($\rho = -.42$, $p = .039$).

Depression

Significant correlations were found between irritable temperament and ISAD #2, #8 and #10. For ISAD #2 (“Awareness of treatment efficacy for current symptoms or preventing relapses”), there was better insight with irritable temperament ($\rho = -.38$, $p = .044$), whilst for ISAD #8 (“Awareness of suffering from sluggishness or psychomotor agitation”) and ISAD #10 (“Awareness of suffering from feelings of uselessness”), insight was worse with irritable temperament (respectively, $\rho = .42$, $p = .024$; $\rho = .41$, $p = .029$).

There were no significant correlations between cyclothymic temperament and insight in patients in any mood state.

Discussion

The present study pioneers the evaluation of the correlations between affective temperament and insight in patients with bipolar disorder. According to our results, in euthymic phases, higher scores of depressive temperament relate to a higher level of insight about the consequences of the disorder in social life, family, and work. Besides, patients with higher scores of depressive temperament when in mania show better insight about having an affective disorder, presenting psychomotor alterations, and suffering from guilt and grandiosity. Similarly, bipolar patients with higher scores of anxious temperament, when in mania, have better insight on alterations in attention. But bipolar patients with higher scores of hyperthymic temperament, when in mania, show the worst insight on the course of thought. Patients with higher scores of irritable temperament, when in depression, show better insight of treatment efficacy and worse insight on psychomotor issues and on suffering from guilt or grandiosity.

The relationship found between depressive temperament and preserved insight as well as hyperthymic temperament and impaired insight seems analogous to the one observed among the BD phases and level of insight. Several studies do suggest that the level of insight in depression is significantly higher than in mania [25,26].

Previous studies have shown that patients with depressive or anxious temperament may present mixed characteristics when in mania [27,28]. Diversely, studies on insight of bipolar patients have found that, when in a mixed episode, patients showed better insight than those in pure mania [25]. Although our study does not differentiate pure mania and mania with mixed characteristics, it is possible to suggest that depressive and anxious temperaments are important factors for the preservation of insight in mania. Therefore, affective temperaments may somehow be determining for insight in BD.

Kraepelin, in his classical description of affective temperaments, states that individuals with depressive temperament “are more aware of mistakes and deficiencies”, that there is “rumination about unhappy moments”, and that they are hypercritical. Besides, they observe more their physical symptoms, like easy tiredness and feeling heavy [1]. Such characteristics may lead those individuals to considering the consequences of their condition more seriously or to report more their difficulties. The characteristics of the depressive temperament may justify our findings, which showed that, in euthymic periods, higher scores of depressive temperament relate to a higher level of insight about the consequences of the disorder in social life, family and work.

Akiskal et al. (1998) [29] suggest that irritable temperament seems less consistent since they found underlying scores of depressive, hyperthymic, and cyclothymic temperaments in subjects classified as irritable. Kraepelin, in his classic description, portrays irritable temperament as blending depressive and hyperthymic traits [1]. It is possible to compare that with the results of studies about insight in BD since the present study found that patients with irritable temperament, when depressed, show better insight on the treatment efficacy. That could be a characteristic of individuals with depressive traits and worse insight on psychomotor issues, guilt or grandiosity, which could characterize individuals with hyperthymic temperament.

The idea that affective temperaments associate with clinical aspects in BD seems consistent. Russo et al. (2014) [30] have indeed showed that bipolar patients with higher scores of cyclothymic or irritable temperament had better performance in tests of information processing speed, working memory, reasoning, and problem solving. Vöhringer et al. (2012) [31] showed that bipolar patients with hyperthymic temperament had more history of suicidality. Azorin et al. (2015) [32] found that bipolar patients with hyperthymic and temperament had stronger association with manic polarity. Kesebir et al. (2005) [33] found that bipolar patients with irritable temperament had more psychotic symptoms and that the polarity of the first episode tended to be manic more frequently. Besides, individuals with hyperthymic temperament had more switches into mania.

Besides influencing BD clinical features, affective temperaments seem to be associated with systemic alterations in individuals with mood disorders. For example, Kesebir et al. (2014) [34] observed higher levels of uric acid in individuals with hyperthymic and irritable temperaments, both in bipolar patients as in depressed unipolar patients and normal controls. The same study encountered depressed unipolar patients and depressive temperament with lower levels of uric acid. Altinbas et al.'s study (2013) [35] with patients diagnosed with BD showed that those with depressive temperament had higher scores of metabolic syndrome in winter.

Several clinical features appear to relate to insight in BD patients. For example, a few studies showed correlation between lower level of insight and higher severity of affective episode or presence of psychotic symptoms [13-14]. Other studies state that lower insight was associated with more hostility and lower impulse control [36], more aggressive behavior [37], and worse clinical course [38]. Yet other studies found

correlation between lower insight and higher impairment of cognition, especially memory, emotional learning, general intelligence and psychomotor function, comprehension and perceptual-motor skills, attention, verbal fluency and executive function, and information processing speed [15,16].

This study suggests that, alike other clinical features, affective temperament also correlates with insight in BD. However, our study has a few possible limitations. Initially, the sample size is small. Besides, temperament evaluation was not carried out before the onset of the disease and so the influence of the course of the disease on the temperament could not be eliminated. Therefore, we recommend further studies on the theme.

Conclusion

The level of insight in BD, besides being determined by the affective state of the disease and several others symptoms, is influenced by the affective temperament. Our results suggest that depressive and anxious temperaments relate with better insight and that hyperthymic temperament is associated with worse insight. Results regarding irritable temperament were conflicting, though. There were no significant correlations between cyclothymic temperament and insight in patients in any mood state.

References

1. Kraepelin E: ed. *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E&S Livingstone; 1921.
2. Akiskal HS, Mallya G: Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacology Bulletin* 23:68–73, 1987.
3. Akiskal HS: Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *Journal of Affective Disorders* 62:17–31, 2001.

4. Akiskal H: *The temperamental foundations of affective disorders*. Mundt C, Hahlweg K, Fiedler P, eds. London: Gaskell; 1996.

5. Iasevoli F, Valchera A, Di Giovambattista E, Marconi M, Rapagnani MP, De Berardis D, Martinotti G, Fornaro M, Mazza M, Tomasetti C, Buonaguro EF, Di Giannantonio M, Perugi G, De Bartolomeis A: Affective temperaments are associated with specific clusters of symptoms and psychopathology: A cross-sectional study on bipolar disorder inpatients in acute manic, mixed, or depressive relapse. *Journal of Affective Disorders* 151:540-550, 2013.

6. Ferreira AA, Vasconcelos AG, Neves FS, Correa H: Affective temperaments and antidepressant response in the clinical management of mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 155:138–141, 2014.

7. Tohen M, Bowden CL, Calabrese JR, Lin D, Forrester TD, Sachs GS, Koukopoulos A, Yatham L, Grunze H: Influence of sub-syndromal symptoms after remission from manic or mixed episodes. *British Journal of Psychiatry* 189:515–519, 2006.

8. Lewis AJ: The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*. 14, 332–348, 1934.

9. Sajatovic M, Ignacio RV, West JA, Cassidy KA, Safavi R, Kilbourne AM, Blow FC: Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Comprehensive Psychiatry* 50:100-107, 2009.

10. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM: Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*. 51:826–836, 1994.

11. McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K: Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 177:43-47, 1989.

12. Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF: Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry* 158:122–125, 2001.

13. Bressi C, Porcellana M, Marinaccio PM, Nocito EP, Ciabatti M, Magri L, Altamura AC: The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: an Italian prospective study. *European psychiatry*. 27:619-624, 2012.

14. Güçlü O, Karaca O, Yildirim B, Ozköse MM, Erkiran M: The relationship between insight and clinical features in bipolar disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*. 22(4):1-7, 2011.

15. Dias VV, Brissos S, Carita AI. Clinical and neurocognitive correlates of insight in patients with bipolar I disorder in remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 117:28-34, 2008.

16. Van Der Werf-Eldering MJ, Van Der Meer L, Burger H, Holthausen EAE, Nolen WA, Aleman A: Insight in bipolar disorder: associations with cognitive and emotional processing and illness characteristics. *Bipolar Disorders*. 13:343-354, 2011.

17. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Edição. American Psychiatric Association (APA). Ed: Artmed. 2014.

18. Hamilton M: A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 23:56-62, 1960.
19. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA: A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry* 133: 429-35, 1978.
20. Spearing MK, Post RM, Leverich GS, Brandt D, Nolen W: Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatric Research* 73: 159-171, 1997.
21. Olaya B, Marsà F, Ochoa S, Balanzá-Martínez V, Barbeito S, García-Portilla MP, González-Pinto A, Lobo A, López-Antón R, Usall J, Arranz B, Haro JM: Development of the insight scale for affective disorders (ISAD): Modification from the scale to assess unawareness. *Journal of Affective Disorders* 142:65-71, 2012.
22. Silva RA, Mograbi DC, Filgueiras A, Camelo EVM, Morton GD, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E: Cross-cultural adaptation, validation and factor structure of the Insight Scale for Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders* 178:181-187, 2015.
23. Akiskal HS, Akiskal KK: TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *Journal of Affective Disorders* 85: 1–2, 2005.
24. Woodruff E, Genaro LT, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E, Laks J, Jean-Loius G, Nardi AE, Versiani MC, Akiskal HS, Mendlowicz MV: Validation of the Brazilian brief version of the temperament auto-questionnaire TEMPS-A: the brief TEMPS-Rio de Janeiro. *Journal of Affective Disorders* 134, 65–76, 2011.
25. Silva RA, Mograbi DC, Silveira LAS, Nunes ALS, Novis FD, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E: Insight across the different mood states of bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly* 86:395–405, 2015.

26. Silva RA, Mograbi DC, Camelo EVM, Bifano J, Wainstok M, Silveira LAS, Cheniaux E: Insight in bipolar disorder: A comparison between mania, depression and euthymia using the Insight Scale for Affective Disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 37:152–156, 2015.

27. Brieger P, Roettig S, Ehrt U, Wenzel A, Blöink R, Marneros A: T EMPS-A scale in ‘mixed’ and ‘pure’ manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious–depressive temperament traits. *Journal of Affective Disorders* 73: 99–104, 2003.

28. Roettig D, Roettig S, Brieger P, Marneros A: Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes. *Journal of Affective Disorders* 104: 97–102, 2007.

29. Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Mallya G, Puzantian VR: TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *Journal of Affective Disorders* 51: 7–19, 1998.

30. Russo M, Mahon K, Shanahan M, Ramjas E, Solon C, Braga RJ, Burdick KE: Affective temperaments and neurocognitive functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 169: 51–56, 2014.

31. Vöhringer PA, Whitham EA, Thommi SB, Holtzman NS, Khrad H, Ghaemi SN: Affective temperaments in clinical practice: A validation study in mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 136:577–580, 2012.

32. Azorin JM, Adida M, Belzeaux R: Predominant polarity in bipolar disorders: Further evidence for the role of affective temperaments. *Journal of Affective Disorders* 182: 57–63, 2015.
33. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü, Alkana M, Akiskal H: Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *Journal of Affective Disorders* 85:127–133, 2005.
34. Kesebir S, Ünübol B, Yaylacı ET, Gündoğar D, Ünübol H: Impact of childhood trauma and affective temperament on resilience in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders* 3:3, 2015.
35. Altınbaş K, Guloksuz S, Oral ET: Metabolic syndrome prevalence in different affective temperament profiles in bipolar-I disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 35:131–135, 2013.
36. Calatayud GL, Sebastián NH, García-Iturrospe EA, Piqueras JCG, Arias JS, Cercós CL: Relationship between insight, violence and diagnoses in psychotic patients. *Revista de Psiquiatria y salud mental* 5(1):43-47, 2012.
37. González-Ortega I, Mosquera F, Echeburúa E, González-Pinto A: Insight, psychosis and aggressive behaviour in mania. *European Journal of Psychiatry* 24(2):70-77, 2010.
38. Ghaemi SN, Boiman E, Goodwin FK: Insight and outcome in bipolar, unipolar and anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry* 41(3):167-171, 2000.

Tables

Table 1 – Socio-demographic and clinical characteristics of participants

Variable	Euthymia (n =65) Mean (SD) / Range	Mania (n = 24) Mean (SD) / Range	Depression (n = 29) Mean (SD) / Range
Age	46.4 (13.6) / 19–76	46.5 (11.5) / 31–63	49.1 (14.1) / 19–71
Gender*	43/22	17/7	23/6
Years of education	10.7 (4.2) / 0–17	13.4 (4.2) / 4–17	11.2 (4.5) / 0–17
YMRS	1.4 (2.3) / 0–11	18.4 (7.3) / 8–31	2.8 (3.0) / 0–10
HAM-D	2.8 (2.7) / 0–10	5.4 (4.1) / 1–20	14.4 (4.9) / 7–26
CGI global	1.2 (0.4) / 1–2	4.1 (1.1) / 3–6	4.0 (1.1) / 3–7

*# Female/Male; YMRS – Young Mania Rating Scale; HAM-D – Hamilton Depression

Rating Scale; CGI – Clinical Global Impression scale.

6. DISCUSSÃO

O presente trabalho teve início a partir dos resultados do trabalho de Jamison et al. (2010). Eles investigaram a autopercepção de estados de humor em pacientes com TB e observaram que as autoavaliações realizadas por pacientes em depressão, mas não aquelas realizadas por pacientes em hipomania, diferiram de modo significativo dos resultados obtidos com pacientes eutímicos. Esse estudo sugeriu que a capacidade de autoavaliação é substancialmente comprometida no estado maníaco, mas não no depressivo.

De forma semelhante, em um estudo inicial, pesquisamos como a autoavaliação do humor varia de acordo com o episódio afetivo atual no transtorno bipolar (Silva et al., 2013). Nesse estudo, foi aplicado, de forma inédita, um instrumento de autoavaliação relativa à ocorrência de alterações do humor, a Escala Visual Analógica do Humor, e os resultados indicaram que bipolares em mania, mas não os deprimidos, avaliam de forma não fidedigna seu humor. Estes resultados também são semelhantes aos relatados pelo estudo de Platman et al. (1969). Em conjunto, estes estudos parecem evidenciar que os pacientes em mania avaliam de forma não fidedigna seu estado afetivo em função de um importante comprometimento do *insight*, o que aconteceria em grau bem menor na depressão. De fato, alguns estudos específicos sobre *insight* em pacientes bipolares, conduzidos por alguns dos principais autores sobre o tema (Dell’Osso et al., 2002; Ghaemi et al., 2004; Yen et al., 2007), mostraram que o *insight* estava comprometido na mania.

Esse estudo inicial teve como uma de suas limitações o fato de que cada indivíduo foi avaliado uma única vez. Diante disso, realizamos um segundo estudo em que o mesmo indivíduo foi submetido prospectivamente a Escala Visual Analógica do Humor em diferentes estados afetivos. Assim, cada indivíduo poderia representar o controle de

si mesmo (Silva et al., 2014a). Os resultados observados foram basicamente idênticos aos encontrados no estudo inicial. Esta constatação nos permite questionar a fidedignidade de resultados obtidos pela aplicação de instrumentos de autopreenchimento em pacientes que estão em mania.

Estudos prévios já haviam questionado a fidedignidade da autoavaliação de pacientes em estado maníaco. Gazalle et al. (2007), por exemplo, aplicaram um instrumento de autoavaliação de qualidade de vida, o World Health Organization's Quality of Life Instrument-Short Version (WHOQOL-BREF), em pacientes bipolares em diferentes estados afetivos (40 maníacos, 40 deprimidos, e 40 eutímicos) e em controles saudáveis. Em paralelo, realizou-se uma avaliação objetiva do funcionamento dos pacientes, utilizando-se o Global Assessment of Functioning (GAF). Os pesquisadores observaram que os pacientes maníacos relataram o mesmo nível de qualidade de vida geral que pacientes eutímicos e controles, e um nível mais elevado de qualidade de vida do que os pacientes deprimidos, apesar de apresentarem os menores escores na GAF. Altman et al. (2001), por sua vez, aplicaram três escalas de autopreenchimento para avaliação de estado maníaco, a Internal State Scale (ISS), a Self-Report Manic Inventory (SRMI) e a Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM), em pacientes em mania aguda. Os resultados obtidos foram comparados com as avaliações realizadas por clínicos com a Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M). Os autores observaram resultados contrastantes entre as escalas de autopreenchimento e a escala de preenchimento pelo examinador. Os resultados da SRMI subestimavam a gravidade dos sintomas maníacos e a ISS apresentou uma baixa sensibilidade, detectando apenas 45% dos casos de mania diagnosticados por meio da escala de avaliação pelo clínico (CARS-M).

Apesar de concluirmos indiretamente que, na mania, há um comprometimento do *insight*, em ambos os estudos realizados não foi aplicada alguma medida ou escala que pudesse aferir diretamente o *insight*. Diante das evidências de que há um prejuízo do *insight* no TB, principalmente no episódio maníaco, realizamos uma revisão sistemática para compreender que fatores poderiam estar relacionados a uma maior ou menor consciência de morbidade, como o *insight* poderia variar em função do estado afetivo e estabelecer uma comparação com outros transtornos mentais (Silva et al., 2014b). Nessa revisão, foi possível constatar a diversidade de instrumentos utilizados para a avaliação do *insight* no TB, variando desde um único item (ter ou não *insight*) até escalas multidimensionais. E, em geral, não eram escalas específicas para transtornos do humor. As escalas mais utilizadas foram: a Scale of Unawareness of Mental Disorders (SUMD) (Amador et al., 1993); o Schedule for Assessment of Insight (SAI) (David, 1990) e sua versão estendida (SAI-E) (Kemp e David, 1996); e o Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ) (McEvoy et al., 1989).

Os dados presentes na literatura, coletados na revisão sistemática, evidenciaram de forma mais clara que a fase maníaca, de fato, cursa com um nível inferior de *insight* quando comparada à fase depressiva ou de eutímia (Cassidy, 2010; Yen et al., 2007; Peralta et al., 1998; Bressi et al., 2012; Dell’Osso et al., 2002; Dell’Osso et al., 2000). Os estudos parecem ser unânimes ao apontar que, no TB, uma melhora da sintomatologia da crise cursa com recuperação do *insight* (Weiler et al., 2000; Peralta et al., 1998; Fennig et al., 1996; Bressi et al., 2012; Pini et al., 2003; Ghaemi et al., 1995; Michalakeas et al., 1994). Observação semelhante foi relatada em um estudo com esquizofrênicos (Dam, 2006), no qual ocorreu aumento do *insight* durante o período entre a hospitalização e a alta. Nesse mesmo sentido, estudos com pacientes com TB (Lam e Wong, 1997) e com esquizofrenia (Dam, 2006) mostram que os pacientes,

quando estão num período prodrômico, em que os sintomas estão menos intensos, são mais capazes de se queixar das alterações que estão apresentando, o que não acontece quando os sintomas se tornam mais graves. Esses dados apontam que a presença de sintomatologia aguda interfere no nível de discernimento do indivíduo.

Outras associações entre o *insight* no TB e dados clínicos, encontradas na revisão, merecem ser destacadas. Alguns estudos (Dias et al., 2008a; Dias et al, 2008b; Yen et al., 2008b) mostram que um maior nível educacional está relacionado a um maior nível de *insight*. Provavelmente os pacientes com um maior nível educacional tiveram um maior acesso ao conhecimento sobre a sua doença e sobre as formas de lidar com ela (Dias et al., 2008b). É possível também que eles possuam um maior status socioeconômico, com acesso a melhores serviços de saúde e formas de tratamento. Também parece estar claro que alterações cognitivas estão associadas a um menor nível de *insight*. Isto reforça a noção de que a formação do *insight* envolve uma capacidade neurocognitiva, com os achados indicando especificamente disfunção pré-frontal e frontoparietal em pacientes bipolares com baixo *insight* (Dias et al., 2008b; Varga et al., 2006). Entre as consequências do prejuízo do *insight*, uma menor adesão ao tratamento parece ser a mais estudada e a que apresentou maior associação.

A revisão também mostrou que o *insight* no TB, quando comparado a outros transtornos mentais, parece ser mais prejudicado do que na depressão unipolar, porém menos do que na esquizofrenia. É possível que a maior presença de sintomas psicóticos, um maior comprometimento cognitivo e uma pior evolução da esquizofrenia (Cheniaux et al., 2008) possam ser responsáveis por um pior comprometimento do *insight* nesse transtorno.

Devido ao fato de que as autoavaliações podem estar comprometidas em pacientes bipolares, principalmente naqueles que apresentam sintomas maníacos, consideramos

que uma avaliação de *insight* realizada por examinador externo pudesse aumentar o valor da fidedignidade. Desta forma, analisamos um banco de dados de 9 anos de registros de pacientes atendidos no ambulatório de transtorno bipolar da UFRJ (Silva et al., 2015a). Quarenta e oito pacientes foram avaliados em quatro estados afetivos diferentes, ou seja, em eutímia, mania, depressão e estado misto. O *insight* de cada paciente pode ser avaliado pelos itens 17 e 11, respectivamente, das escalas de HAM-D e YMRS, que são escalas de heteroavaliação. Os resultados deste estudo corroboram com os estudos anteriores, indicando que o *insight* no TB estava mais comprometido durante as fases de mania e nos episódios mistos do que na depressão e nos períodos de eutímia.

Este estudo (Silva et al., 2015a) também mostrou que algumas características clínicas estão associadas a pior de *insight*. Na mania, um menor tempo de doença, idade mais elevada e uma maior gravidade do episódio estão associadas a pior *insight*. Na depressão, sexo feminino e idade mais elevada foram associados a pior *insight*. E, no episódio misto, menor duração da doença e sintomas depressivos mais graves foram associados a um pior *insight*. Outras pesquisas também já haviam indicado que algumas características clínicas estavam associadas a prejuízo de *insight*. Dias et al. (2008a), também mostraram que idade mais elevada está associada a pior *insight*. Güçlü et al. (2011) relataram que sexo feminino está associado a pior *insight*. E outros estudos já haviam indicado que uma maior gravidade do episódio afetivo está associada a menor *insight* (Yen et al., 2008b; Bressi et al., 2012). O fato de este estudo (Silva et al., 2015a) ter utilizado uma medida de heteroavaliação do *insight* representou uma vantagem em relação aos estudos anteriormente descritos. Contudo, para uma avaliação mais precisa do *insight* no TB, seria mais importante utilizar uma escala específica e

multidimensional do que meramente um item da YMRS e da HAM-D, o que permitiria maior aprofundamento nos estudos sobre *insight* no TB.

A revisão da literatura indicou a existência de uma escala multidimensional desenvolvida por Olaya et al. (2012), Insight Scale for Affective Disorders, específica para avaliação de *insight* em transtornos afetivos. E até então, nenhum trabalho a havia utilizado. Optamos por realizar o procedimento de adaptação desta escala, que incluiu tradução/retrotradução e avaliação por uma equipe de especialistas (Silva et al., 2015b). A versão em português do Brasil desta escala apresentou boa consistência interna e boa confiabilidade entre os avaliadores, o que indicou a sua validade. A mesma permitiu que pudéssemos realizar pesquisas com uma avaliação mais detalhada do *insight* em indivíduos com TB em nossa cultura.

Em um primeiro estudo utilizando a versão em português da Insight Scale for Affective Disorders, pacientes bipolares foram avaliados em diferentes estados afetivos (eutímia, mania e depressão) (Silva et al., 2015c). Além de observar um resultado esperado, que indivíduos em fase maníaca apresentam pior *insight* do que pacientes em depressão ou eutímia, o estudo também mostrou que mesmo pacientes em eutímia podem apresentar comprometimento do *insight*. Estes achados estão em consonância com os de outros estudos que mostraram que indivíduos em mania apresentam pior *insight* sobre a eficácia do tratamento ou sobre as consequências sociais da doença, comparados aqueles que estão em eutímia ou depressão (Dell’Osso et al., 2000; Dell’Osso et al., 2002; Bressi et al., 2012). O fato de indivíduos em eutímia apresentarem comprometimento do *insight* sugere que outros fatores além do estado afetivo estão envolvidos no comprometimento da consciência de morbidade. O comprometimento cognitivo, conforme relatado, pode ser um deles (Camelo et al., 2013).

Embora nossas observações, em consonância com estudos já publicados por outros autores, mostrassem que a mania estivesse associada a pior *insight*, o estudo sobre *insight* na mania bipolar foi pioneiro em avaliar como os diversos aspectos do *insight* poderiam ser afetados na mania bipolar e em buscar correlações entre o *insight* e a sintomatologia maníaca (Silva et al., 2016). Os resultados deste estudo sugerem que pacientes com TB, comparativamente, têm capacidade razoável de identificar que têm uma condição que tem consequências, mas têm menos clareza sobre o seu nível de energia e atividade. Também pudemos observar que um pior nível de *insight* especificamente sobre sintomas está correlacionado a sintomas mais graves de agitação/energia. Estudos prévios mostraram que alterações dos níveis de atividade/energia representam a característica principal da mania (Cheniaux et al., 2014). Nesse sentido, nossos achados indicam que a perda de *insight* na mania pode ser uma perda de consciência sobre os sintomas, principalmente o aumento da atividade psicomotora.

Da mesma forma, estudos que correlacionassem *insight* com sintomas clínicos na depressão bipolar eram escassos. A ideia de que haveria um menor prejuízo de *insight* na depressão bipolar, em relação à eutímia, e a de que a presença de sintomas psicóticos pudesse ser um fator importante de comprometimento do *insight* neste estado afetivo parecem ser amplamente aceitas (Cassidy, 2010; Bressi et al., 2012). O estudo sobre *insight* na depressão bipolar corrobora com estas ideias, mas também traz novos dados à luz. Os achados de que *insight* sobre sintomas está associado à presença de alentecimento psicomotor sugere que, de forma semelhante a mania bipolar, a atividade psicomotora também parece ter influência sobre o *insight* na depressão bipolar. O estudo também indica que pior *insight* está associado a ideação/tentativa de suicídio, e

que um pior *insight* sobre sua autoestima pode estar especificamente associado ao comportamento suicida.

O estudo que avaliou comportamento suicida em pacientes bipolares mostra que aqueles indivíduos que tinham um histórico de tentativas de suicídio apresentavam um pior *insight* quando estavam em depressão bipolar (Silva et al., 2017a). Essa diferença ainda se fez presente mesmo quando se controlou um suposto efeito da depressão sobre o *insight*. Este achado corrobora a ideia do estudo sobre depressão bipolar que indica que pior *insight* na depressão, possivelmente pior *insight* sobre autoestima, está associado a comportamento suicida. Contudo, não foi encontrado uma associação entre ideação suicida atual e o nível de *insight*, indicando que outros fatores, que não o *insight*, podem ser determinantes para o comportamento suicida, como a gravidade do episódio afetivo (Hawton et al., 2005).

O estudo que avaliou a relação do nível de *insight* com a polaridade predominante, o número de episódios afetivos prévios e o estado afetivo atual permitiu constatar que os pacientes com TB em mania apresentaram um *insight* pior do que os estavam em eutímia, independentemente da polaridade predominante (Silva et al., 2017b). Além disso, a polaridade predominante não foi útil para distinguir, quanto ao nível de *insight*, pacientes em mania, o mesmo podendo ser dito em relação aos pacientes eutímicos. Estes achados divergem daqueles encontrados por Yen et al. (2007). Estes, apesar não estudarem especificamente a relação entre polaridade e *insight*, indicaram, em um estudo prospectivo, que quanto maior era o número de episódios maníacos no curso do TB menor era a recuperação plena da consciência de morbidade quando estes indivíduos retornavam à eutímia. O número de episódios maníacos ou depressivos prévios também não se correlacionou com o nível de *insight*, corroborando os achados de Dias et al. (2008b) e Güçlü et al. (2011). Outro resultado encontrado foi que os sintomas psicóticos

mostraram um efeito significativo sobre o *insight*. Estes resultados indicam que estado de humor atual e a ocorrência de sintomas psicóticos, e não a polaridade predominante no curso da doença ou o número de episódios afetivos prévios, são os principais preditores do nível de *insight*.

Os temperamentos afetivos parecem exercer influência sobre a clínica do TB. Estudos já haviam relatado que os temperamentos afetivos poderiam exercer um papel importante nas características psicopatológicas dos transtornos de humor, incluindo a evolução clínica de episódios afetivos maiores ou menores, a polaridade predominante, a sintomatologia clínica, o curso em longo prazo, a “suicidalidade” e a resposta ou adesão medicamentosa (Vöhringer et al., 2012; Azorin et al., 2015; Kesebir et al., 2005). Kraepelin (1921) em seus relatos sobre os “estados fundamentais” já apontava que aqueles indivíduos com temperamento depressivo apresentavam boa consciência de morbidade, uma boa consciência sobre a natureza de sua doença e as consequências causadas por ela. Os resultados do estudo sobre a relação entre *insight* e temperamento retomam esta discussão e corroboram este relato, indicando que, de fato, aqueles com temperamento depressivo, assim como aqueles com temperamento ansioso, apresentam um melhor *insight*. Os pacientes com temperamento hipertímico apresentaram um pior *insight*. Este resultado também remete aos estudos de Kraepelin (1921) que já indicava que a capacidade de julgamento de pacientes com temperamento hipertímico era superficial. Kraepelin (1921), em sua descrição clássica, caracteriza o temperamento irritável como sendo uma mistura de traços depressivos e hipertímicos. De forma análoga, o presente estudo encontrou resultados heterogêneos de *insight* para temperamento irritável.

Os novos modelos de neuroprogressão indicam que o TB apresenta fases evolutivas. Neuroprogressão é a reprogramação patológica do cérebro que acontece quando ocorre

deterioração clínica e cognitiva no curso do TB (Berk et al., 2011). Essas mudanças têm a capacidade de aumentar o risco de novas recorrências e de reduzir o potencial de resposta o tratamento (Berk et al., 2011). Com base nessas evidências evolutivas, Berk et al. (2011) e Kapczinski et al. (2009) propuseram uma classificação de vários estágios de progressão do TB. Alguns fatores que estão associados a pior *insight*, como menor nível educacional ou a presença de sintomas psicóticos, podem já estar presentes desde o início da doença. Já um menor comprometimento cognitivo no início da doença poderia ser um fator de melhor *insight* (Silva et al., 2014b). Os estágios mais avançados de doença poderiam apresentar fatores associados a pior *insight*, como maior idade e maior comprometimento cognitivo. Contudo, maior tempo de doença poderia levar a um melhor *insight* (Silva et al., 2014b). As influências mútuas entre esses diversos fatores certamente representariam um interessante foco para estudos futuros.

O comprometimento cognitivo é uma das características do perfil neuropsicológico dos pacientes com TB e, apesar de não ser o fator primordial, está associado a prejuízo de *insight* (Varga et al., 2007). Os déficits cognitivos podem preceder a doença (Lewandowski et al., 2001; Olvet et al., 2013). No entanto, de acordo com alguns autores, esses déficits pioram ao longo do tempo (Levine et al., 2008). Portanto, o desenvolvimento de técnicas de reabilitação cognitiva de pacientes com TB com o intuito de melhorar o *insight* a longo prazo parece ser interessante. Alguns estudos (Deckersbach et al., 2010; Meusel et al., 2013) observaram que é possível observar a melhora no desempenho cognitivo e no funcionamento psicossocial em pacientes com TB após apenas algumas sessões de reabilitação cognitiva. No entanto, os estudos na área ainda são poucos e aqueles que visam a melhora do *insight* com a reabilitação cognitiva são inexistentes.

Os resultados do presente estudo sugerem que o *insight* sobre sintomas parece ser mais frágil do que o *insight* sobre a doença ou sobre a importância do tratamento, ou até mesmo sobre as consequências do adoecimento. De forma geral, indivíduo em mania e em depressão bipolar tinham alguma noção de que tinham uma doença e de que ela repercutia sobre sua vida, mas tinham dificuldade de perceber que apresentavam sintomas agudizados naquele momento. Estudos futuros de longo prazo, que avaliem indivíduos com TB em suas diversas fases, deveriam avaliar que aspectos estão envolvidos com este fato.

O tratamento efetivo do TB deve ser direcionado em vários níveis, inclusive melhorar o *insight* do paciente, para que, desse modo, se promova uma maior adesão ao tratamento e se possibilite uma intervenção precoce com vistas à prevenção de recaídas, através da participação ativa por parte do paciente. Um não reconhecimento da doença pode não apenas prejudicar a relação do indivíduo afetado com seus amigos e familiares e com profissionais de saúde, mas também as suas oportunidades de se recuperar e levar uma vida mais produtiva e satisfatória. Assim, as intervenções que pretendem melhorar diretamente o *insight* devem ser estudadas e desenvolvidas (Cardoso, 2008).

A psicoeducação é uma técnica que visa melhorar a compreensão da doença pelos pacientes e por seus familiares. Procura-se, assim, fornecer informação às pessoas doentes sobre os vários aspectos da própria doença, de uma forma sistematizada, englobando áreas como os sintomas da doença, as suas possíveis etiologias, o tratamento e o curso da mesma. Dessa forma, tem-se como objetivo a melhora do *insight* do paciente em face à doença. A partir daí, visa-se estimular os pacientes e seus familiares a terem um maior comprometimento com o tratamento (Cardoso, 2008). Futuros estudos poderiam aferir a influência da psicoeducação sobre o *insight* do indivíduo.

7. CONCLUSÕES

O conceito de *insight* deve ser entendido de forma contínua e multidimensional. A percepção de uma experiência como patológica, a distinção dos sintomas, a atribuição deles a uma doença mental, a identificação das consequências advindas da doença, o reconhecimento da necessidade de tratamento e o discernimento das mudanças de estado afetivo são alguns dos componentes do *insight*. A interação entre essas dimensões resultaria nas diversas formas e graus de *insight*. No TB, o estado afetivo, em especial a mania, parece ser um fator fundamental para prejuízo do *insight*, mas não de forma absoluta e exclusiva.

Com a presente pesquisa, pudemos concluir que, no TB, o estado afetivo atual e a presença de sintomas psicóticos são preditores mais importantes quanto ao nível do *insight* do que a polaridade predominante e o número de episódios afetivos prévios. Além disso, na depressão bipolar, uma história de tentativas de suicídio está correlacionada a um maior comprometimento do *insight* e não há relação entre ideação suicida atual e *insight*. Contudo, como os estudos nessa área são ainda pouco numerosos e heterogêneos, essa questão ainda está em aberto.

Também constatamos que, na mania bipolar, o *insight* quanto à sintomatologia, especialmente as alterações de energia e atividade, está mais prejudicado do que o quanto a ter uma doença e suas consequências, ou quanto à autoestima ou o quanto ao prejuízo nas relações interpessoais. Também concluímos que um pior nível de *insight*, especificamente sobre sintomas, está correlacionado a sintomas mais graves de agitação/energia, o que sugere que haja um núcleo psicomotor da mania que prejudica o *insight*. Por sua vez, na depressão bipolar, além da presença de sintomas psicóticos, outros sintomas parecem se correlacionar com um maior prejuízo de *insight*, como redução de atividades e trabalho e alentecimento psicomotor.

O presente estudo também mostrou que temperamentos afetivos podem influenciar a apresentação clínica do TB. Os nossos resultados indicaram que os temperamentos depressivo e ansioso estão relacionados a um melhor *insight*, e o temperamento hipertímico, a um pior *insight*. Já em relação ao temperamento irritável, os resultados foram heterogêneos quanto à associação com o *insight*.

Como um bom nível de *insight* está associado a uma maior adesão ao tratamento, identificar os fatores que influenciam o *insight*, e atuar sobre eles, parece ser importante para uma boa evolução do TB. Além disso, a observação clínica indica que, no TB especificamente, o *insight* sobre sintomas parece ser mais frágil do que o *insight* sobre os aspectos gerais da doença. Assim, na abordagem clínica desse transtorno mental, a distinção entre os diversos fatores que constituem o *insight* deve ser considerada.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta FJ, Veja D, Torralba L, Navarro S, Ramallo-Fariña Y, Fiúza D, Hernández JL, Siris SG. Hopelensness and suicidal risk in bipolar disorder. A study in clinically nonsyndromal patients. *Compr Psychiatry*. 2012; 53:1103-1109.

Akiskal KK, Akiskal HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J Affect Disord*. 2005;85(1-2):231-9.

Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Rapaport MH, Kelsoe JR, Gillin JC, Smith TL. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord*. 2005; 85: 45–52.

Akiskal HS, Cassano GB, Musetti L, Perugi G, Tundo A, Mignani V. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions 1. Review of evidence for a bipolar spectrum. *Psychopathology*. 1989; 22:268–277.

Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bulletin*. 1987; 23:68–73.

Altman E, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. A comparative evaluation of three self-rating scales for acute mania. *Biol Psychiatry*. 2001; 50:468-471.

Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:1185–1188.

Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:826-836.

Amador XF, Strauss DH, Yale S, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:873-879.

Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, Gamma A. Suicide in 406 mood disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res*. 2005; 9(3):279-300.

Angst J. The course of affective disorders. II. Typology of bipolar manic-depressive illness. *Archiv Fur Psychiatrie Und Nervenkrankheiten*. 1978; 226:65–73.

Azorin JM, Adida M, Belzeaux R. Predominant polarity in bipolar disorders: Further evidence for the role of affective temperaments. *J Affect Disord*. 2015; 182:57–63.

Baldessarini RJ, Salvatore P, Khalsa HM, Imaz-Etxeberria H, Gonzalez-Pinto A, Tohen M. Episode cycles with increasing recurrences in first-episode bipolar-I disorder patients. *J Affect Disord*. 2012; 136,149–154.

Belmaker RH. Bipolar disorder. *N Engl J Med*. 2004; 351:476–486.

Berk M, Kapczinski F, Andreazza AC, Dean OM, Giorlando F, Maes M, Yücel M, Gama CS, Dodd S, Dean B, Magalhães PV, Amminger P, McGorry P, Malhi GS. Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011; 35(3):804-17.

Bressi C, Porcellana M, Marinaccio PM, Nocito EP, Ciabatti M, Magri L, Altamura AC. The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: an Italian prospective study. *Eur Psychiatry*. 2012; 27:619-624.

Camelo EVM, Velasques B, Ribeiro P, Netto T, Cheniaux E. Attention impairment in bipolar disorder: a systematic review. *Psychol Neurosci*. 2013; 6:299-309.

Cardoso AMP. O *insight* em psiquiatria. *Fractal, Rev. Psicol*. 2008.; 20 (2):347-356.

Cassano GB, Akiskal H, Muzetti L, Perugi G, Soriani A, Mignani V. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions.2. Toward a redefinition of bipolarity with a new semistructured interview for depression. *Psychopathology*. 1989; 22:278–288.

Cassidy F. Insight in bipolar disorder: relationship to episode subtypes and symptom dimensions. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010; 6:627–631.

Cely EEP, Fierro M, Pinilla MI. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento em adultos com transtorno afectivo bipolar. *Rev Colomb Psiquiat.* 2011; 40(1):85-98.

Chaves AC, Shirakawa I: Positive and negative syndrome scale - PANSS and it use in Brazil. *Rev Psiq Clin.* 1998; 25:337-343

Cheniaux E, Figueiras A, Silva RA, Siveira LAS, Nunes ALS, Landeira-Fernandez J. Increased energy/activity, not mood changes, is the core feature of mania. *J Affect Disord.* 2014; 152:256-61.

Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Telles LL, Lessa JLM, Dias A, Duncan T, Versiani M. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J Affect Disord.* 2008; 106:209-217.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50(12):975-90.

Colom F, Vieta E, Daban C, Pacchiarotti I, Sanchez-Moreno J. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2006; 93,13–

Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM, Pincus HA, Fine MJ, Kilbourne AM. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2008; 196:16-21.

Dam J. Insight in schizophrenia: a review. *Nord J Psychiatry.* 2006; 60:114-120.

Dantas CR, Banzato CEM. Adaptação transcultural do “Schedule for the Assessment of Insight – Expanded Version (SAI-E)”, estudo de confiabilidade e análise fatorial da versão brasileira do SAI-E [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry.* 1990; 156, 798–808.

Dell’Osso L, Pini S, Cassano GB, Mastrocinque C, Seckinger RA, Sacttoni M, Papasogli A, Yale SA, Amador XF. Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disord.* 2002; 4:315–322.

Dell’Osso L, Pini S, Tundo A, Sarno N, Musetti L, Cassano GB. Clinical characteristics of mania, mixed mania, and bipolar depression with psychotic features. *Compr Psychiatry.* 2000; 41(4):242-247.

Deckersbach T, Nierenberg AA, Kessler R, Lund HG, Ametrano RM, Sachs G, Rauch SL, Dougherty D. RESEARCH: Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open

trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neurosci Ther.* 2010; 16(5):298–307.

Dias VV, Brissos S, Frey BN, Kapczinski F. Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2008a; 110:75-83.

Dias VV, Brissos S, Carita AI. Clinical and neurocognitive correlates of insight in patients with bipolar I disorder in remission. *Acta Psychiatr Scand.* 2008b; 117:28-34.

Fagiolini A, Chengappa KN, Soreca I, Chang J. Bipolar disorder and the metabolic syndrome: causal factors, psychiatric outcomes and economic burden. *CNS Drugs.* 2008; 22:655–669.

Ferreira AA, Vasconcelos AG, Neves FS, Correa H. Affective temperaments and antidepressant response in the clinical management of mood disorders. *J Affect Disord.* 2014; 155:138–141.

Fennig S, Everett E, Bromet EJ, Jandorf L, Fennig SR, Tenenberg-Karant M, Craig TJ. Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophr Res.* 1996; 22:257-263.

Fulford KWM. Completing Kraepelin's psychopathology: insight, delusion, and the phenomenology of illness. In: Amador XF, David AS. *Insight and psychosis.* New York: Oxford University Press; 1998.

Gallucci Neto J, Campos Júnior MS, Hübner CK. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. *Rev Fac Ciênc Méd.* 2001;3(1):10-4.

Gazalle FK, Frey BN, Hallal PC, Andreazza NA, Cunha ABM, Santin A, Kapczinski F. Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: a matter of unawareness of illness? *J Affect Disord.* 2007; 103:247-252.

Ghaemi SN, Rosenquist KJ. Is Insight in Mania State-Dependent? *J Nerv Ment Dis.* 2004; 192:771-775.

Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG. Lack of insight in bipolar disorder: The acute manic episode. *J Nerv Ment Dis.* 1995; 183:464–467.

Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, Duleba T, Girardi P, Rihmer Z. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord.* 2012; 143:16–26.

Gonzalez VM. Recognition of mental illness and suicidality among individuals with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis.* 2008; 196:727-734.

Gonzalez-Pinto A, Alberich S, Barbeito S, Alonso M, Vieta E, Martinez-Aran A, Saenz M, Lopez P, Diffent profile of substance abuse in relation to predominant polarity in bipolar disorder. The Vitoria long-term follow-up study. *J Affect Disord.* 2010; 124:250-255.

Güçlü O, Karaca O, Yildirim B, Ozköse MM, Erkiran M. The relationship between insight and clinical features in bipolar disorder. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011; 22(4):1-7.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960; 23:56-62.

Hantouche EG, Akiskal HS. Tools for clinical evaluation of affective temperaments. *Encephale.* 1997;23:27-34.

Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(6):693-704.

Iasevoli F, Valchera A, Di Giovambattista E, Marconi M, Rapagnani MP, De Berardis D, Martinotti G, Fornaro M, Mazza M, Tomasetti C, Buonaguro EF, Di Giannantonio M, Perugi G, De Bartolomeis A. Affective temperaments are associated with specific clusters of symptoms and psychopathology: A cross-sectional study on bipolar disorder inpatients in acute manic, mixed, or depressive relapse. *J Affect Disord.* 2013; 151:540-550.

Jamison KR. Personalidade, transtornos da personalidade e funcionamento interpessoal. In: Goodwin FK, Jamison KR. *Doença Maníaco-depressiva; Transtorno bipolar e depressão recorrente.* Tradução: Ortiz IS, Pizzato R, Costa RC. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.376-411.

Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61(Suppl 9):47-51.

Kapczinski F, Dias VV, Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Grassi-Oliveira R, Colom F, Berk M. Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Rev Neurother*. 2009; 9(7):957-66.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-76.

Kemp R, David A. Insight and compliance. In: Blackwell B, editor. *Insight and compliance*. Newark (NJ): Gordon and Breach Publishing Group; 1996. p. 61-84.

Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü, Alkana M, Akiskal H. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord*. 2005; 85:127–133.

Kraepelin E. Fundamental States. In: *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E&S Livingstone; 1921. p. 118-132.

Kunz M, Gomes FA, Gazalle FK, Dias VV, Del Porto JA. Fenomenologia do transtorno bipolar: nomenclatura e curso da doença. In: Kapczinski F, Quevedo J. *Transtorno bipolar: teoria e clínica*. 1.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.74-84.

Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med*. 1997; 27:1091-1100.

Levine B, Turner GR, Stuss D: Rehabilitation of frontal lobe functions. In: Stuss DT, Winocur G, Robertson IH (Eds.): *Cognitive neurorehabilitation: Evidence and application*, 2nd edn. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2008; pp. 464–486.

Lewandowski KE, Cohen BM, Keshavan MS, Ongur D. Relationship of neurocognitive deficits to diagnosis and symptoms across affective and non-affective psychoses. *Schizophr Res.* 2011; 133(1–3):212–217.

Lewis AJ. The psychopathology of insight. *Br J Med Psychol.* 1934; 14, 332–348.

McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis.* 1989; 177:43–47.

Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68:241–251.

Meusel LA, Hall GB, Fougere P, McKinnon MC, MacQueen GM. Neural correlates of cognitive remediation in patients with mood disorders. *Psychiatry Res.* 2013; 214(2):142–52.

Michalakeas A, Skoutas C, Charalambous A, Peristeris A, marinos V, Keramari E, Theologou A. Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 90(1):46-49.

Olaya B, Marsà F, Ochoa S, Balanzá-Martínez V, Barbeito S, García-Portilla MP, González-Pinto A, Lobo A, López-Antón R, Usall J, Arranz B, Haro JM. Development of the insight scale for affective disorders (ISAD): Modification from the scale to assess unawareness. *J Affect Disord*. 2012; 142:65-71.

Olvet DM, Burdick KE, Cornblatt BA. Assessing the potential to use neurocognition to predict who is at risk for developing bipolar disorder: A review of the literature. *Cogn Neuropsychiatry*. 2013; 18(1–2):129–145.

Peralta V, Cuesta MJ. Lack of insight in mood disorders. *J Affect Disord*. 1998; 49:55–58.

Phillips ML, Kupfer DJ. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*. 2013; 381:1663–1671.

Pini S, Dell’Osso L, Amador XF, Mastrocinque C, Sacttoni M, Cassano GB. Awareness of illness in patients with bipolar I disorder with or without comorbid anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003; 37:355-361.

Pini S, Cassano GB, Dell’Osso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:122–125.

Platman SR, Plutchik R, Fieve RR, Lawlor WG. Emotion profiles associated with mania and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1969; 20(2):210-214.

Popovic D1, Torrent C, Goikolea JM, Cruz N, Sánchez-Moreno J, González-Pinto A, Vieta E. Clinical implications of predominant polarity and the polarity index in bipolar disorder: a naturalistic study. *Acta Psychiatr Scand*. 2014; 129(5):366-74.

Sajatovic M, Ignacio RV, West JA, Cassidy KA, Safavi R, Kilbourne AM, Blow FC. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry*. 2009; 50:100-107.

Schwartz RC. Insight and suicidality in schizophrenia: A replication study. *J Nerv Ment Dis*. 2000; 188:235–237.

Silva RA, Mograbi DC, Camelo EVM, Peixoto U, Santana CMT, Landeira-Fernandez J, Morris RG, Cheniaux E. The influence of current mood state, number of previous affective episodes and predominant polarity on insight in bipolar disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017b; online.

Silva RA, Mograbi DC, Bifano J, Santana CMT, Cheniaux E. Correlation Between Insight Level and Suicidal Behavior/Ideation in Bipolar Depression. *Psychiatr Q*. 2017a; 88(1):47-53.

Silva RA, Mograbi DC, Bifano J, Santana CMT, Cheniaux E. Insight in bipolar mania: evaluation of its heterogeneity and correlation with clinical symptoms. *J Affect Disord*. 2016; 199:95-98.

Silva RA, Mograbi DC, Camelo EVM, Bifano J, Wainstok M, Silveira LAS, Cheniaux E. Insight in Bipolar Disorder: a comparison between mania, depression and euthymia using the Insight Scale for Affective Disorders. *Trends Psychiatry Psychother*. 2015c; 37:152-156.

Silva RA, Mograbi DC, Filgueiras A, Camelo EVM, Morton GD, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E. Cross-cultural adaptation, validation and factor structure of the Insight Scale for Affective Disorders. *J Affect Disord*. 2015b; 178:181-187.

Silva RA, Mograbi DC, Silveira LAS, Nunes ALS, Novis FD, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E. Insight across the different mood states of bipolar disorder. *Psychiatr Q*. 2015a; 86:395–405, 2015.

Silva, R.A., Mograbi, D.C., Landeira-Fernandez, J., Cheniaux, E. O insight no transtorno bipolar: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*. 2014b; 63(3):242-54.

Silva RA, Mograbi DC, Silveira LAS, Nunes ALS, Novis FD, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E. The reliability of self-assessment of affective state in different phases of bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2014a; 202(5):386-390.

Silva RA, Mograbi DC, Silveira LAS, Nunes ALS, Novis FD, Cavaco PA, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E. Mood self-assessment in bipolar disorder: a comparison between patients in mania, depression, and euthymia. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013; 35(2):141-145.

Spearing MK, Post RM, Leverich GS, Brandt D, Nolen W. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res.* 1997; 73: 159-171.

Tohen M, Bowden CL, Calabrese JR. Influence of sub-syndromal symptoms after remission from manic or mixed episodes. *Br J Psychiatry.* 2006; 189:515–519.

Van der Werf-Eldering MJ, van der Meer L, Burger H, Holthausen EAE, Nolen WA, Aleman A. Insight in bipolar disorder: associations with cognitive and emotional processing and illness characteristics. *Bipolar Disord.* 2011; 13:343-354.

Varga M, Magnusson A, Flekkoy K, David AS, Opjordsmoen S. Clinical and neuropsychological correlates of insight in schizophrenia and bipolar I disorder: does diagnosis matter? *Compr Psychiatry.* 2007; 48:583-591.

Varga M, Magnusson A, Flekkoy K, Ronneberg U, Opjordsmoen S. Insight, symptoms and neurocognition in bipolar I patients. *J Affect Disord.* 2006; 91:1-9.

Vilela JA, Crippa JA, Del Ben CM, Loureiro SR: Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res.* 2005; 38:1429-1439

Vöhringer PA, Whitham EA, Thommi SB, Holtzman NS, Khrad H, Ghaemi SN. Affective temperaments in clinical practice: A validation study in mood disorders. *J Affect Disord.* 2012; 136:577–580.

Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D. Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophr Res.* 2000; 45:29-36.

Weiner M, Warren L, Fiedorowicz JG. Cardiovascular morbidity and mortality in bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 2011; 23:40–47.

Woodruff E, Genaro LT, Landeira-Fernandez J, Cheniaux E, Laks J, Jean-Louis G, Nardi AE, Versiani MC, Akiskal HS, Mendlowicz MV. Validation of the Brazilian brief version of the temperamento auto-questionnaire TEMPS-A: The brief TEMPS-Rio de Janeiro. *J Affect Disord.* 2011; 134:65-76.

Yen CF, Cheng CP, Ko CH, Yen JY, Huang CF, Chen CS. Suicidality and its association with insight and neurocognition in Taiwanese patients with bipolar I disorder in remission. *J Nerv Ment Dis.* 2008a; 196(6):462-467.

Yen CF, Cheng CP, Ko CH, Yen JY, Huang CF, Chen CS. Relationship between insight and neurocognition in patients with bipolar I disorder in remission. *Compr Psychiatry*. 2008b; 49:335-339.

Yen C-F, Chen C-S, Ko C-H, Yen J-Y, Huang C-F. Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord*. 2007; 9:238-242.

Yen C-F, Chen C-S, Ko C-H, Yeh M-L, Yang S-J, Yen J-Y, Huang C-F, Wu C-C. Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 59:403-409.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978; 133: 429-35.

9. ANEXOS

9.1. Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O sr. (a) está sendo assistido num setor de pesquisa do ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O laboratório de transtorno bipolar é coordenado pelo dr. Elie Cheniaux. As consultas médicas e psicológicas realizadas aqui, assim como as prescrições terapêuticas, são idênticas às que acontecem no ambulatório geral desta instituição. Todavia, durante as consultas aqui o sr. (a) é submetido a uma avaliação mais detalhada, através do uso de instrumentos de pesquisa (avaliação de dados demográficos, CGI-BP, *Positive And Negative Syndrome Scale* (PANSS-p), a *Global Assessment of Functioning* (GAF), insight scale for affective disorders (ISAD) e a Escala Visual Analógica de Humor). Estes têm como o objetivo a ampliação do conhecimento médico e científico sobre o transtorno bipolar.

Esclarecemos que os dados de todos os pacientes são analisados em conjunto, sendo mantido um total sigilo em relação às informações específicas do seu caso. Ao longo de todo o acompanhamento, sr. (a) não será submetido a nenhuma forma não usual de tratamento para o transtorno bipolar. A qualquer momento, o sr. (a) poderá desistir de sua participação na pesquisa, sendo então encaminhado para o ambulatório geral desta instituição.

Eu, _____, identidade nº _____, declaro que li e compreendi o que me foi explicado e, dessa forma, concordo em participar do estudo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

9.2. Anexo II

Escala de consciência de morbidade para transtornos afetivos (do humor)

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

	0	1	2	3	4	5
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)						

9.3. Anexo III

Temps - Rio de Janeiro

Nome: _____ Data: __/__/__

Idade: ____ anos Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

Data de nascimento: __/__/__

Estado civil: ☐ solteiro ☐ vivendo maritalmente ☐ casado
☐ viúvo ☐ separado ou divorciado

Escolaridade: ☐ 1º grau incompleto ☐ 1º grau completo
☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo
☐ 3º grau incompleto ☐ 3º grau completo

Marque VERDADEIRO para todas as afirmativas que correspondem a como você se sentiu a maior parte de sua vida

Marque FALSO para todas as demais afirmativas (que não correspondem a como você se sentiu a maior parte da sua vida)

1. Sou uma pessoa triste, infeliz. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

2. As pessoas dizem que não consigo ver o lado mais positivo das coisas. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

3. Tenho sofrido muito na vida. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

4. Acho que as coisas sempre acabam do pior modo. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

5. Que eu me lembre, sempre me senti um fracasso.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

6. Dizem que muitas vezes fico pessimista com as coisas e esqueço os momentos felizes do passado.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

7. Sou, por natureza, uma pessoa insatisfeita.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

8. Sou impulsionado (a) por uma agitação desagradável que não consigo entender.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

9. Tenho mudanças bruscas no humor e no nível de energia.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

10. Meu humor e meu nível de energia ora estão altos, ora estão baixos; raramente estão no meio.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

11. Minha capacidade de pensar varia bastante, de muito precisa a pobre, sem motivo aparente.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

12. Muitas vezes, começo coisas, mas perco o interesse nelas antes de acabá-las.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

13. Eu oscilo constantemente entre me sentir energizado (a) e quase parando, lento (a).

☐ Verdadeiro ☐ Falso

14. Vario muito entre me sentir superconfiante e me sentir inseguro (a) de mim mesmo (a).

☐ Verdadeiro ☐ Falso

15. O modo como vejo as coisas às vezes é vibrante e às vezes é sem graça.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

16. Sou o tipo de pessoa que pode ficar triste e alegre ao mesmo tempo.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

17. Frequentemente, estouro com as pessoas e depois me sinto culpado (a) por isso.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

18. Sou uma pessoa rabugenta (irritável).

☐ Verdadeiro ☐ Falso

19. Sou muito crítico (a) em relação aos outros.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

20. Muitas vezes eu fico tão aborrecido (a) a ponto de quebrar tudo.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

21. Quando contrariado (a), eu posso entrar numa briga.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

22. As pessoas me dizem que eu estouro por nada.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

23. Quando irritado (a), eu sou áspero (a) com as pessoas.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

24. Meu humor ferino já me causou problemas.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

25. Sinto todas as emoções intensamente.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

26. A vida é uma festa que aproveito ao máximo.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

27. Tenho muita confiança em mim mesmo. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

28. Tenho com frequência grandes idéias. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

29. Tenho o dom de falar, convencer e inspirar os outros. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

30. Adoro iniciar novos projetos, mesmo que arriscados. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

31. Uma vez que me decida a fazer algo, nada me detém. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

32. Sinto-me totalmente à vontade mesmo com pessoas que mal conheço. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

33. Quando estou estressado (a), minhas mãos muitas vezes tremem. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

34. Muitas vezes meu estômago fica embrulhado. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

35. Quando estou nervoso (a), eu posso ter diarreia. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

36. Quando estou nervoso (a), muitas vezes sinto náuseas. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

37. Tenho freqüentemente medo que alguém na minha família pegue uma doença séria. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

38. Estou sempre na expectativa de que alguém possa me trazer más notícias sobre alguém da minha família. ☐ Verdadeiro ☐ Falso

39. Quando estou estressado (a), fico com uma sensação desconfortável no peito.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

40. Ruídos bruscos facilmente me deixam sobressaltado (a).

☐ Verdadeiro ☐ Falso

41. Que eu me lembre, sempre fui uma pessoa preocupada.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

42. Estou sempre preocupado (a) com uma coisa ou outra.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

43. Estou sempre preocupado (a) com assuntos do dia-a-dia que os outros consideram sem importância.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

44. Não consigo deixar de ficar preocupado (a).

☐ Verdadeiro ☐ Falso

45. Muitas pessoas já me disseram para não me preocupar tanto.

☐ Verdadeiro ☐ Falso

9.4. Anexo IV

Escala de Hamilton – Depressão

Todos os itens 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 ruminação sobre erros passados ou más ações.

3. A doença atual é um castigo.

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.

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; Frequência urinária; Sudorese

0. Ausente:

1. Leve

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

0. Nenhum

1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen

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 GENITAIS

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

- 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.

9.5. Anexo V

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 freqüentemente; 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

9.6. Anexo VI

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.

9.7. Anexo VII

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)