

# O *insight* no transtorno bipolar: uma revisão sistemática

*Insight in bipolar disorder: a systematic review*

Rafael de Assis da Silva<sup>1,2</sup>, Daniel C. Mograbi<sup>3,4</sup>, J. Landeira-Fernandez<sup>3,5</sup>, Elie Cheniaux<sup>2,6</sup>

## RESUMO

**Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática para compreender que fatores estão relacionados a uma maior ou menor consciência de morbidade no transtorno bipolar (TB), como o *insight* varia em função do estado afetivo e estabelecer uma comparação com outros transtornos mentais. **Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura científica sobre o *insight* em pacientes com TB. Foram buscados estudos clínicos originais sobre o tema nas bases de dados Medline, ISI e SciELO. Os termos de busca empregados foram: "*insight*" OR "*awareness*" AND "*bipolar*" OR "*mania*" OR "*manic*". **Resultados:** Foram selecionados 55 artigos. O *insight* no TB parece ser mais prejudicado do que na depressão unipolar, porém menos do que na esquizofrenia. Com relação ao TB, um menor nível de *insight* está relacionado à presença de sintomas psicóticos e de alterações cognitivas. Além disso, um comprometimento do *insight* está associado a uma menor adesão ao tratamento. Por outro lado, uma maior preservação do *insight* pode estar associada a maior ideação suicida. Finalmente, a fase maníaca cursa com um nível inferior de *insight* quando comparada à fase depressiva ou de eutímia. **Conclusão:** No TB, o *insight* está significativamente prejudicado, especialmente na mania. Diversos fatores clínicos parecem influenciar o nível de *insight*.

## Palavras-chave

*Insight*, transtorno bipolar, mania, humor.

## ABSTRACT

**Objectives:** To conduct a systematic review to understand which factors are related to insight in bipolar disorder (BD), how insight varies depending on affective state and to establish a comparison between BD and other mental disorders. **Methods:** We performed a systematic review of the scientific literature on insight in BD patients. Clinical studies on the topic were searched in the Medline, SciELO and ISI databases. The search terms used were: "*insight*" OR "*Awareness*" AND "*bipolar*" OR "*mania*". **Results:** Fifty-five articles were selected. Insight in BD is more compromised than in unipolar depression, but less than in schizophrenia. A lower level of insight is related to the presence of psychotic symptoms and cognitive disorders. Moreover, insight impairment is associated with lower adherence to treatment. On the other hand, a greater preservation of insight may be associated with increased suicidal ideation. Finally, the manic phase is characterized by a lower level of insight than the depressive phase or euthymia. **Conclusion:** Insight is greatly impaired in BD, especially during mania. Several clinical factors seem to influence the level of insight.

## Keywords

Insight, bipolar disorder, mania, mood.

Recebido em  
3/4/2014  
Aprovado em  
1/9/2014

- 1 Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP).
- 2 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria (UFRJ/Ipab).
- 3 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).
- 4 Institute of Psychiatry, King's College London, UK.
- 5 Universidade Estácio de Sá (Unesa).
- 6 Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas (UERJ/FCM).

DOI: 10.1590/0047-2085000000032

Endereço para correspondência: Rafael de Assis da Silva  
Rua Largo do Machado, 29/411, Catete  
20751-430 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: rafaelpsiq@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O *insight* tradicionalmente era definido como uma “correta atitude para mudanças mórbidas em si mesmo<sup>1</sup>”. Uma menor ou maior consciência quanto a estar doente ou apresentar sintomas ou algum prejuízo psicossocial pode influenciar significativamente a evolução da própria doença, afetando no mínimo a adesão ao tratamento<sup>2-5</sup>.

O *insight* é investigado em pacientes neurológicos desde o final do século XIX, passando a ser pesquisado em pacientes psiquiátricos apenas mais recentemente. Inicialmente, muitos estudos sobre esse aspecto foram conduzidos com pacientes esquizofrênicos<sup>6-10</sup>. Contudo, nos últimos anos, o *insight* em pacientes com transtorno bipolar (TB) passou a ser estudado também. Grande parte dos pacientes bipolares mostra déficits em sua consciência sobre estar doente ou em sua consciência sobre sinais ou sintomas específicos<sup>11</sup>.

A falta de *insight* no TB pode ser bastante prejudicial para a formulação adequada desse diagnóstico. A observação clínica tem indicado que o *insight* está mais comprometido na mania do que na depressão<sup>12-14</sup>. Nesse sentido, pacientes com TB com frequência não relatam seus sintomas ou episódios maníacos, sendo, assim, erroneamente diagnosticados com depressão unipolar<sup>15,16</sup>.

Algumas questões sobre o *insight* no TB parecem ainda não estar claras. A experiência clínica mostra que maior nível educacional poderia ser um fator favorável a um melhor *insight*<sup>17</sup>. Nessa linha de raciocínio, é plausível pensar que maior conhecimento sobre a doença e sobre sua sintomatologia poderia exercer papel importante sobre melhor nível de *insight*. Entretanto Güçlü *et al.*<sup>18</sup> não encontraram correlação entre maior nível educacional e melhor nível de *insight* em TB. Além disso, possivelmente maior tempo de doença ou número maior de internações ou de episódios afetivos poderia conferir ao indivíduo bipolar maior conhecimento sobre a doença e, conseqüentemente, maior *insight*. Por outro lado, a associação entre outros fatores sociodemográficos, como gênero ou idade, e o *insight* parece não ter sido amplamente estudada. Também se torna importante discutir outras possíveis conseqüências do comprometimento do *insight* em bipolares, além do prejuízo da adesão medicamentosa<sup>2-5</sup>. A possível influência do *insight* sobre a qualidade de vida ou sobre a evolução da doença, incluindo tentativas de suicídio, precisa ser mais bem compreendida.

Outra questão importante diz respeito à influência de alterações neurocognitivas sobre o *insight*. Estudo com pacientes com demência mostra que um comprometimento cognitivo está associado a pior *insight*<sup>19</sup>. É de conhecimento dos especialistas que pacientes com TB podem cursar com comprometimento cognitivo<sup>20,21</sup>. Os estudos sobre a associação entre alterações cognitivas e *insight* no TB são ainda pouco numerosos.

Em um estudo anterior<sup>14</sup>, observamos que, no TB, os pacientes em mania se autoavaliaram de forma semelhante àqueles em eutímia. Em contraste, os indivíduos em depressão se autoavaliaram de forma distinta em relação aos que estavam em eutímia ou mania. Tais resultados poderiam ser explicados pelo fato de, na mania, o *insight* estar mais prejudicado do que nas outras fases do TB. Contudo, essa conclusão precisa ser corroborada por meio de estudos que avaliem o *insight* nos diferentes estados de humor encontrados nesse transtorno mental.

Outra questão relevante é a comparação, quanto ao nível de *insight*, do TB com outros transtornos mentais. Pini *et al.*<sup>22</sup> e Colis *et al.*<sup>23</sup> relatam que o *insight* de pacientes com TB é semelhante ao de pacientes esquizofrênicos. Contudo, outros estudos<sup>24,25</sup> observaram que o *insight* em pacientes com TB era maior do que em esquizofrênicos. Também se torna importante discutir se a presença de sintomas psicóticos em fases agudas do TB pode influenciar o nível de *insight*. Além disso, também não está claro como o *insight* no TB se diferencia na comparação com outros transtornos mentais, como transtorno esquizoafetivo, depressão unipolar e transtornos de ansiedade.

Diante de tantas questões sobre o *insight* no TB e da relevância do tema, realizamos uma revisão sistemática de estudos sobre o *insight* no TB, com o objetivo de compreender as seguintes questões:

- Que elementos sociodemográficos e clínicos estão associados ao nível de *insight* no TB?
- Como o *insight* varia em função do estado afetivo de humor no TB?
- Como o *insight* no TB se compara com outros transtornos mentais em relação ao *insight*?

## MÉTODOS

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura científica sobre o *insight* em pacientes com TB. Foram buscados estudos clínicos originais sobre o tema. Foram utilizadas as bases de dados Medline, ISI, e SciELO. Não houve restrição quanto ao período da publicação. Os termos de busca empregados foram: “*insight*” OR “*awareness*” AND “bipolar” OR “mania” OR “*manic*”.

Os critérios de seleção dos artigos foram: 1. Estudos originais e empíricos. 2. Estudos publicados nas línguas inglesa, francesa, espanhola ou portuguesa. 3. Estudos em que o *insight* foi avaliado em uma amostra de pacientes com o diagnóstico de TB. 4. Os estudos que apresentassem amostras contendo outros tipos de transtornos mentais além do TB somente seriam incluídos se apresentassem resultados específicos para o grupo de pacientes bipolares. 5. Os estudos selecionados deveriam utilizar uma escala ou algum item específico que aferisse o *insight*. 6. As amostras deveriam ser

constituídas somente por indivíduos adultos, com no mínimo dez pacientes.

Não houve procura por estudos não publicados. Somente um juiz realizou o julgamento dos artigos a serem incluídos/excluídos.

## RESULTADOS

Na busca inicial, encontrou-se um total de 510 referências no Medline, 1.563 no ISI e 9 no SciELO, com diversas superposições entre essas bases de dados.

Após a leitura dos resumos das referências encontradas no Medline, selecionaram-se 62 artigos.

Quando se utiliza o termo “bipolar”, diversos estudos sobre outras áreas de conhecimento que não a psiquiatria são selecionados. Esses estudos sobre outras áreas de conhecimento incluem artigos de pesquisa sobre nanotecnologia, engenharia e outras tecnologias, meteorologia, astronomia, eletroquímica, zoologia, entre outras. Pelo menos metade dos estudos selecionados nas bases de dados do Medline estava relacionada a alguma dessas áreas. Esse fato também ocorreu na pesquisa na base de dados ISI.

Na base ISI, após a leitura dos resumos dos artigos, selecionaram-se 58 artigos. Desses 58 artigos, 50 foram repetidos em relação à base Medline, portanto foram excluídos.

Na base SciELO, após a leitura dos resumos dos artigos, selecionaram-se dois artigos. Um desses artigos já havia sido citado na base ISI, portanto foi excluído.

Ao todo, foram selecionados 71 resumos das três bases pesquisadas. Esses 71 artigos foram lidos na íntegra. Um artigo foi excluído por apresentar amostra de bipolares adolescentes. Seis artigos foram excluídos por não apresentarem alguma escala específica de avaliação de *insight*. E nove artigos apresentaram amostras contendo outros tipos de transtornos mentais, além do TB, e não apresentaram resultados específicos para o grupo de pacientes bipolares, sendo, portanto, excluídos. Não foram encontrados artigos com menos de dez pacientes. Ao final, foram selecionados 55 artigos. O fluxograma de busca e seleção dos artigos aparece na figura 1.

## INSTRUMENTOS

Os estudos foram bastante heterogêneos quanto aos instrumentos utilizados para avaliação do *insight*. Algumas escalas avaliaram itens específicos do *insight*. Esses itens encontram-se detalhados nas tabelas. As escalas mais utilizadas foram: a *Scale of Unawareness of Mental Disorders* (SUMD)<sup>26</sup>; o *Schedule for Assessment of Insight* (SAI)<sup>27</sup> e sua versão estendida (SAI-E)<sup>28</sup>; e o *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire* (ITAQ)<sup>7</sup>.

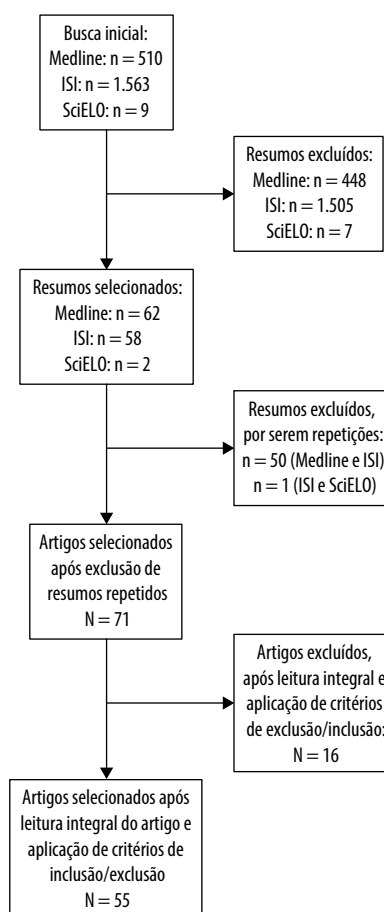


Figura 1. Fluxograma.

## Comparação entre o TB e outros transtornos mentais

Os estudos sobre a comparação quanto ao *insight* entre o TB e outros transtornos mentais são apresentados na tabela 1.

Dezessete estudos<sup>11,22-25,29-40</sup> compararam o *insight* entre esquizofrênicos e bipolares. Desses, 12 estudos<sup>11,22,24,25,29-36</sup> relataram maior nível de *insight* no TB do que na esquizofrenia, em pelo menos um dos subtipos de *insight* avaliado (ou seja, *insight* global, ou *insight* sobre a doença ou *insight* sobre o tratamento ou *insight* sobre as consequências sociais). Em contraste, cinco estudos<sup>11,23,37-40</sup> não observaram diferença quanto ao nível de *insight* entre bipolares e esquizofrênicos. Em nenhum dos estudos o *insight* foi maior na esquizofrenia do que no TB.

Cinco estudos<sup>11,22,23,40,41</sup> compararam o *insight* entre bipolares e esquizoafetivos. Desses, somente um<sup>22</sup> relatou maior *insight* sobre consequências sociais em esquizoafetivos do que em bipolares. Os outros quatro estudos<sup>11,23,40,41</sup> não relataram qualquer diferença. Seis estudos<sup>23,29,30,40-42</sup> compararam o *insight* entre deprimidos unipolares e bipolares. Desses, cinco estudos<sup>23,29,30,40,42</sup> relataram que o *insight* no TB foi menor do que na depressão unipolar. Em contraste, um estudo<sup>41</sup> relatou que o *insight* global de bipolares foi igual ao de deprimidos unipolares. Somente um estudo<sup>43</sup> comparou o *insight* entre TB tipo I e TB tipo II, e observou que o *insight* global no TB do tipo I foi maior do que do tipo II.

**Tabela 1.** Comparação entre o transtorno bipolar e outros transtornos mentais

Estudo	Desenho	Tipo de <i>insight</i>	Instrumento de avaliação	Resultados
Jonsdóttir <i>et al.</i> (2013)	TB (n = 101) vs. SCH (n = 154)	Global	BIS	TB = SCH
Braw <i>et al.</i> (2012)	TB eu (n = 34) vs. SCH (n = 32)	Sobre a doença e sobre consequências sociais	SUMD e PANSS G12	TB > SCH
Calatayud <i>et al.</i> (2012)	TB com psicose (n = 43) vs. SCH (n = 86)	Global	PANSS G12	TB > SCH
Govil <i>et al.</i> (2008)	TB eu (n = 40) vs. SCH (n = 40)	Sobre a doença	SAI-E + SUMD	TB > SCH
Varga <i>et al.</i> (2007)	TB (5 mn; 10 dp; 17 em remissão total; 5 em remissão parcial) vs. SCH (n = 32)	Global	SUMD	TB = SCH
		Sobre sintomas		TB > SCH
Colis <i>et al.</i> (2006)	TB (n = 18 mn) vs. TB (n = 16 ms) vs. TB (n = 18 dp) vs. SCHA (n = 30) vs. SCH (n = 12) vs. MD (n = 56)	Global	BCIS	TB = SCH < MD; TB = SCHA
Pini <i>et al.</i> (2004)	TB (n = 29, mn com psicose) vs. TB (n = 49, ms com psicose) vs. SCH (n = 46) vs. SCHA (n = 32)	Sobre a doença	SUMD	TB = SCH = SCHA
		Sobre tratamento		TB (ms) > SCH; TB (ms) = SCHA; TB (mn) = SCH; TB (mn) = SCHA
		Sobre consequências sociais		TB (ms) > SCH; TB (mn) < SCHA; TB (mn) = SCH; TB (ms) = SCHA
		Sobre a doença referente a episódio afetivo prévio		TB (ms) > SCH; TB (mn) > SCH; TB (ms) = SCHA; TB (mn) = SCHA
		Sobre tratamento de episódio afetivo prévio		TB (ms) > SCH; SCH < SCHA; TB (mn) = SCH; TB (mn) = SCHA; TB (ms) = SCHA
		Sobre consequências sociais de episódio afetivo prévio		TB (ms) > SCH; TB (mn) = SCHA; TB (mn) = SCH; TB (ms) = SCHA
Arduini <i>et al.</i> (2003)	TB (n = 22 mn com psicose) vs. SCH (n = 42)	Global	SUMD	TB = SCH
Daneluzzo <i>et al.</i> (2002)	TB (124 mn, com psicose; 24 ms, psicose) vs. SCH (n = 86)	Global	PANSS G12	TB > SCH
Dell'Osso <i>et al.</i> (2002)	TB com psicose (55 mn; 62 ms; 30 dp) vs. MD com psicose (n = 30)	Sobre a doença, tratamento e consequências sociais	SUMD	TB < MD
Williams <i>et al.</i> (2002)	TB (n = 33) vs. SCH (n = 25)	Global	SAI	TB = SCH
Yen <i>et al.</i> (2002b)	TB eu (n = 33, com história de psicose; n = 32, sem história de psicose) vs. SCH (n = 44)	Global	SAI-E	TB com psicose = SCH; TB sem psicose > SCH
Masson <i>et al.</i> (2001)	TB (n = 18, com psicose) vs. SCH (n = 37)	Sobre a doença	SUMD	TB > SCH
Pini <i>et al.</i> (2001)	TB com psicose (67 mn; 46 ms; 37 dp) vs. SCH (n = 29) vs. SCHA (n = 24) vs. MD (n = 30, com psicose)	Sobre a doença	SUMD	TB = SCH
		Sobre tratamento (atual e retrospectivo)		TB > SCH
Ghaemi <i>et al.</i> (2000)	TB I (n = 37) vs. MD (n = 34 sem psicose; n = 5, com psicose) vs. AD (n = 13) vs. TB II (n = 8) vs. SCHA (n = 3) vs. D (n = 1)	Global	SUMD	TB = MD < AD
Weiler <i>et al.</i> (2000)	TB (n = 40) vs. SCH (n = 81) vs. MD (n = 33) vs. SCHA (n = 14) vs. outros tr. psicóticos (n = 19)	Global	ITAQ	TB < MD; TB > outros tr. psicóticos
Pallanti <i>et al.</i> (1999)	TB I (n = 25) vs. TB II (n = 32); em remissão total ou parcial	Global	SUMD	TB II < TB I
Young <i>et al.</i> (1998)	TB (n = 21) vs. SCH (n = 108)	Sobre doença e sobre sintomas	SUMD	TB > SCH
Fennig <i>et al.</i> (1996)	TB (n = 52; com psicose) vs. MD (n = 35; com psicose) vs. SCH (n = 86) vs. outros tr. psicóticos (n = 16)	Global	Item modificado de HDS	outros tr. psicóticos < SCH < TB < MD
Michalakeas <i>et al.</i> (1994)	TB (n = 13 mn) vs. SCH (n = 42) vs. MD (n = 22)	Global	ITAQ	SCH < TB < MD

TB: transtorno bipolar; mn: mania; ms: episódio misto; dp: depressão; eu: eufórico; SCH: esquizofrenia; SCHF: esquizofreniforme; MD: transtorno depressivo maior; TDP: transtorno delirante persistente; TPB: transtorno psicótico breve; SCHA: esquizoafetivo; AD: transtornos de ansiedade; D: distímia; NC: controles normais; SUMD: *Scale of Unawareness of Mental Disorders*; BCIS: *Beck Cognitive Insight Scale*; PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale*; HDS: *Hamilton Depression Scale*; ITAQ: *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire*; <: menor *insight* que; >: maior *insight* que; =: sem diferenças quanto ao *insight*.

## Dados sociodemográficos

Os seis<sup>17,18,44-47</sup> estudos que investigaram a associação entre *insight* e dados sociodemográficos são apresentados na tabela 2.

Três estudos<sup>17,18,46</sup> investigaram a relação entre *insight* e gênero. Desses, um estudo<sup>18</sup> encontrou que o *insight* é menor no gênero feminino do que no masculino. Porém, um estudo<sup>46</sup> encontrou o oposto e outro<sup>17</sup> não encontrou correlação entre *insight* e gênero.

Quatro estudos<sup>17,18,44,47</sup> investigaram a relação entre *insight* e idade. Desses, dois estudos<sup>17,47</sup> observaram que um menor *insight* está associado a idades mais elevadas. Dois

outros estudos<sup>18,44</sup>, contudo, não encontraram correlação entre *insight* e idade. Por fim, três estudos<sup>17,45,47</sup> de um total de quatro<sup>17,18,45,47</sup> relataram que um menor *insight* estava correlacionado a um nível educacional mais baixo, e o outro estudo<sup>18</sup> não encontrou correlação entre nível educacional e *insight*.

## Delineamento

### Dados clínicos retrospectivos

Os 14<sup>17,18,23,44,46-55</sup> estudos que investigaram a associação entre o *insight* e dados clínicos retrospectivos são apresentados na tabela 3.

**Tabela 2.** Dados sociodemográficos

Estudo	Amostra	Instrumento de avaliação do <i>insight</i>	Variáveis	Resultados
Güçlü et al. (2011)	104 TB (mn ou ms)	SUMD	<i>Insight</i> e gênero <i>Insight</i> e idade <i>Insight</i> e nível educacional <i>Insight</i> retrospectivo sobre a doença e ocupação	< <i>Insight</i> : mulheres Sem correlação Sem correlação < <i>Insight</i> : desempregados
Cassidy (2010)	156 TB (86 mn, 29 ms; 14 dp, 27 eu)	Item 13 SMS	<i>Insight</i> e idade	Sem correlação
Dias et al. (2008b)	50 TB (eu)	SUMD	<i>Insight</i> (global e sobre tratamento) e idade <i>Insight</i> (global e sobre tratamento) e nível educacional <i>Insight</i> e gênero	< <i>Insight</i> : > idade < <i>Insight</i> : < nível educacional Sem correlação
Yen et al. (2008a)	96 TB (eu)	SAI e SAI-E	<i>Insight</i> e nível educacional	< <i>Insight</i> : < nível educacional
Dias et al. (2008a)	70 TB (eu)	SUMD	<i>Insight</i> (global e sobre tratamento) e idade <i>Insight</i> sobre tratamento e nível educacional	< <i>Insight</i> : > idade < <i>Insight</i> : < nível educacional
Yen et al. (2004)	65 TB (eu)	SAI-E e SAI-E	<i>Insight</i> e gênero	< <i>Insight</i> : sexo masculino

TB: transtorno bipolar; mn: mania; ms: episódio misto; dp: depressão; eu: eufímico; SMS: *Scale for Manic States*; SUMD: *Scale of Unawareness of Mental Disorders*; SAI: *Schedule for Assessment of Insight*; SAI-E: *Schedule for Assessment of Insight*.

**Tabela 3.** Dados clínicos retrospectivos

Estudo	Amostra	Instrumento de avaliação do <i>insight</i>	Variáveis	Resultados
Acosta et al. (2012)	102 TB (eu)	SUMD	<i>Insight</i> sobre a doença e história de ideação suicida	< <i>Insight</i> : < história de ideação suicida
Bressi et al. (2012)	120 TB (40 mn; 32 ms; 48 dp)	SUMD	<i>Insight</i> (sobre a doença e sobre tratamento) e hospitalizações prévias <i>Insight</i> (sobre tratamento) e duração da doença <i>Insight</i> sobre consequências sociais e idade de abertura	< <i>Insight</i> sobre a doença: < número hospitalizações prévias < <i>Insight</i> sobre tratamento: > número hospitalizações prévias < <i>Insight</i> : > duração da doença < <i>Insight</i> : < idade de abertura
Güçlü et al. (2011)	104 TB (mn ou ms)	SUMD	<i>Insight</i> e número de hospitalizações ou número de episódios prévios ou tipo do primeiro episódio	Sem correlação
Van der Werf-Eldering et al. (2011)	85 TB (48 dp; 37 eu)	MDIS	<i>Insight</i> sobre a doença e história de psicose <i>Insight</i> sobre sintomas e história de psicose <i>Insight</i> sobre tratamento e duração da doença	< <i>Insight</i> : história de psicose < <i>Insight</i> : ausência de história psicose < <i>Insight</i> : < duração

continuação

**Tabela 3.** Dados clínicos retrospectivos

Estudo	Amostra	Instrumento de avaliação do <i>insight</i>	Variáveis	Resultados
Cassidy (2010)	156 TB (86 mn, 29 ms; 14 dp, 27 eu)	Item 13 SMS	<i>Insight</i> e duração da doença ou número de hospitalizações ou idade do primeiro episódio	Sem correlação
Dias <i>et al.</i> (2008b)	50 TB (eu)	SUMD	<i>Insight</i> sobre a doença e número de internações <i>Insight</i> sobre consequências sociais e idade de abertura <i>Insight</i> global e número de episódios maníacos ou número de episódios depressivos <i>Insight</i> e história de psicose	< <i>Insight</i> : < número de internações < <i>Insight</i> : > idade de abertura Sem correlação Sem correlação
Dias <i>et al.</i> (2008a)	70 TB (eu)	SUMD	<i>Insight</i> global e número de episódios maníacos ou número de episódios depressivos <i>Insight</i> sobre doença e história de psicose	Sem correlação < <i>Insight</i> : psicose pretérita
Gonzalez (2008)	297 TB	Questão realizada ao participante sobre ter uma doença mental	<i>Insight</i> sobre a doença e história de ideação ou tentativa de suicídio	< <i>Insight</i> : < história de ideação ou tentativa de suicídio
Yen <i>et al.</i> (2008c)	96 TB (eu)	SAI e SAI-E	<i>Insight</i> e história de ideação ou tentativa de suicídio	< <i>Insight</i> : < história de ideação ou tentativa de suicídio
Colis <i>et al.</i> (2006)	52 TB (18 mn; 16 ms; 18 dp)	BCIS	<i>Insight</i> e episódio afetivo anterior	< <i>Insight</i> : episódio anterior de mania
Yen <i>et al.</i> (2004)	65 TB (eu)	SAI-E e SAI-E	<i>Insight</i> (global e sobre sintomas) e duração da doença	< <i>Insight</i> : < duração
Pini <i>et al.</i> (2003)	151 TB com psicose (92 sem comorbidade; 35 com TP; 24 com TOC ou FS)	SUMD	<i>Insight</i> sobre a doença referente a episódio afetivo prévio e comorbidade <i>Insight</i> sobre tratamento referente a episódio afetivo prévio e comorbidade	< <i>Insight</i> : TB com TP ou TB sem comorbidade < <i>Insight</i> : TB com TP
Lam <i>et al.</i> (1997)	40 TB (eu)	IQ	<i>Insight</i> e lida ( <i> coping</i> ) com pródromos de hipomania	< <i>Insight</i> : pior lida ( <i> coping</i> ) com pródromos de hipomania
Ghaemi <i>et al.</i> (1996)	16 TB (mn)	ITAQ	<i>Insight</i> e número de hospitalizações prévias	< <i>Insight</i> : < número hospitalizações prévias (associação fraca)

TB: transtorno bipolar; mn: mania; ms: episódio misto; dp: depressão; eu: eutímico; TP: transtorno de pânico; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo; FS: fobia social; SUMD: *Scale of Unawareness of Mental Disorders*; SMS: *Scale for Manic States*; BCIS: *Beck Cognitive Insight Scale*; PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale*; HDS: *Hamilton Depression Scale*; ITAQ: *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire*; YMRS: *Young Mania Rating Scale*; MADP: *Manual for the Assessment and Documentation in Psychopathology*; MDIS: *Mood Disorder Insight Scale*; IQ: *Insight Questionnaire*.

Os três estudos<sup>12,51,52</sup> que investigaram a relação entre *insight* e história de ideação suicida observaram que um menor *insight* sobre a doença foi associado a uma história menos frequente de ideação suicida. E os dois estudos<sup>51,52</sup> que investigaram a relação entre *insight* e história de tentativa de suicídio também relataram que um menor *insight* estava associado a uma história menos frequente de tentativa de suicídio. Cinco estudos<sup>17,18,44,49,55</sup> investigaram a relação entre *insight* e número de hospitalizações prévias. Um menor *insight* foi associado a um menor número de hospitalizações prévias em três desses estudos<sup>17,49,55</sup>. Entretanto, os dois outros estudos<sup>18,44</sup> não encontraram correlação entre *insight* e número de hospitalizações prévias. Quatro estudos<sup>44,46,49,50</sup> investigaram a relação entre duração da doença e *insight*. Tanto uma menor<sup>46,50</sup> quanto uma maior<sup>49</sup> duração da doença foram associados a um menor *insight*. Um estudo<sup>44</sup> não encontrou correlação entre *insight* e duração da doença.

Três estudos investigaram a relação entre *insight* e a ocorrência prévia de sintomas psicóticos<sup>17,46,50</sup>. Um deles<sup>50</sup> relatou que menor *insight* sobre a doença estava associado a uma história de sintomas psicóticos. Contudo, esse mesmo estudo<sup>50</sup> relatou que menor *insight* sobre sintomas estava associado à ausência de história de sintomas psicóticos. Outro estudo<sup>46</sup> relatou que menor *insight* sobre sintomas psicóticos estaria associado à história de sintomas psicóticos. E um estudo<sup>17</sup> não encontrou correlação entre *insight* e história de sintomas psicóticos.

### Dados clínicos prospectivos

Os 29<sup>2-5,13,17,18,25,29,30,36,40-42,47,49,50,53,56-66</sup> estudos sobre a relação entre o *insight* no TB e dados psicopatológicos prospectivos são apresentados na tabela 4.

Entre eles, sete estudos<sup>13,29,30,40,49,65,66</sup> investigaram a evolução do nível de *insight* e a resolução do episódio afetivo agudo, e todos os sete estudos relataram aumento do nível do *insight* quando ocorria a melhora do episódio afetivo.

**Tabela 4.** Dados clínicos prospectivos

Estudo	Amostra	Instrumento de avaliação de <i>insight</i>	Variáveis	Resultados
Bressi et al. (2012)	120 TB (40 mn; 32 ms; 48 dp)	SUMD	<i>Insight</i> e resolução do episódio maniaco ou do episódio misto <i>Insight</i> (sobre a doença e consequências sociais) e gravidade do episódio maniaco (escores de YMRS)	< <i>Insight</i> : pior evolução de episódio maniaco ou misto < <i>Insight</i> : > gravidade do episódio maniaco
Calatayud et al. (2012)	TB com psicose (n = 43)	PANSS G12	<i>Insight</i> e hostilidade ou controle dos impulsos	< <i>Insight</i> : > hostilidade e < controle dos impulsos
Cerit et al. (2012)	80 TB (eu)	SAI	<i>Insight</i> e funcionamento psicossocial	Sem correlação
Cely et al. (2011)	124 TB sem psicose	Item de questionário criado pelos autores	<i>Insight</i> e adesão ao tratamento farmacológico	< <i>Insight</i> : < adesão
Güçlü et al. (2011)	104 TB (mn ou ms)	SUMD	<i>Insight</i> sobre tratamento e presença de psicose	< <i>Insight</i> : presença de psicose
Van der Werf-Eldering et al. (2011)	85 TB (48 dp; 37 eu)	MDIS	<i>Insight</i> (global, sobre a doença e tratamento) e número de sintomas depressivos	< <i>Insight</i> : < número de sintomas depressivos
González-Ortega et al. (2010)	173 TB (136 mn; 37 ms)	Item 11 da YMRS	<i>Insight</i> e comportamento agressivo	< <i>Insight</i> : > comportamento agressivo
Sajatovic et al. (2009)	140 TB	ITAQ	<i>Insight</i> sobre a doença e adesão ao tratamento	< <i>Insight</i> : < adesão
Varga et al. (2008)	21 TB (1 mn; 7 dp; 13 eu)	SUMD	<i>Insight</i> e CT <i>Insight</i> e SPECT	< <i>Insight</i> global: atrofia subcortical; < <i>insight</i> sobre sintomas: atrofia cortical Sem correlação
Copeland et al. (2008)	435 TB	Escalas adaptadas de Meredith et al. (2002)	<i>Insight</i> e adesão ao tratamento farmacológico	< <i>Insight</i> : < adesão
Dias et al. (2008b)	50 TB (eu)	SUMD	<i>Insight</i> sobre a doença e número de sintomas maníacos <i>Insight</i> e presença de sintomas depressivos	< <i>Insight</i> : > número de sintomas Sem correlação
Dias et al. (2008a)	70 TB (eu)	SUMD	<i>Insight</i> sobre doença e sintomas maníacos <i>Insight</i> global e qualidade de vida autorrelatada	< <i>Insight</i> : > número sintomas maníacos < <i>Insight</i> : < qualidade de vida ambiental e psicológica
Yen et al. (2008b)	65 TB (eu)	SAI	<i>Insight</i> sobre tratamento e maior gravidade do episódio <i>Insight</i> (sobre a doença e sobre sintomas psicóticos) e maior gravidade do episódio	< <i>Insight</i> : maior gravidade do episódio Sem correlação
Yen et al. (2008d)	19 TB (comorbidade uso de álcool) e 40 TB (sem comorbidade uso de álcool)	SAI-E	<i>Insight</i> e uso de álcool em TB	Sem correlação
Yen et al. (2008e)	96 TB (eu)	SAI-E	<i>Insight</i> e qualidade de vida	< <i>Insight</i> : > qualidade de vida no domínio físico
Yen et al. (2007b)	50 TB (eu)	SAI e SAI-E	<i>Insight</i> e ajustamento social	< <i>Insight</i> : < ajustamento social
Varga et al. (2007)	37 TB (5 mn; 10 dp; 17 em remissão total; 5 em remissão parcial)	SUMD	<i>Insight</i> global e gravidade clínica	< <i>Insight</i> : > gravidade
Schuepbach et al. (2006)	95 TB (mn ou ms)	Item: falta de <i>insight</i>	<i>Insight</i> e admissão internação involuntária	< <i>Insight</i> : admissão hospitalar involuntária
Varga et al. (2006)	37 TB	SUMD	<i>Insight</i> (sobre doença e sobre sintomas) e gravidade da doença	< <i>Insight</i> : > gravidade
Yen et al. (2005)	60 TB (9 mn; 5 dp; 46 eu)	SAI e SAI-E	<i>Insight</i> (global, sobre a doença, sobre tratamento e sintomas psicóticos) e adesão medicamentosa	< <i>Insight</i> : < adesão
Pini et al. (2003)	151 TB com psicose (92 sem comorbidade; 35 com TP; 24 com TOC ou FS)	SUMD	<i>Insight</i> atual (sobre a doença e tratamento) e comorbidade <i>Insight</i> e TP	< <i>Insight</i> : TB com TP ou TB sem comorbidade < <i>Insight</i> : presença de TP
Yen et al. (2003)	33 TB (mn)	SAI-E e SAI	<i>Insight</i> e resolução do episódio maniaco <i>Insight</i> sobre tratamento e psicose	< <i>Insight</i> : pior evolução do episódio < <i>Insight</i> : presença de psicose
Dell'Osso et al. (2002)	147 TB com psicose (55 mn; 62 ms; 30 dp)	SUMD	<i>Insight</i> e sintomas maníacos específicos	Sem correlação

continuação



**Tabela 4.** Dados clínicos prospectivos

Estudo	Amostra	Instrumento de avaliação do <i>insight</i>	Variáveis	Resultados
Ghaemi <i>et al.</i> (2000)	45 TB	SUMD	Melhora de <i>insight</i> e evolução do tratamento	< Melhora de <i>insight</i> : pior evolução
Weiler <i>et al.</i> (2000)	40 TB	ITAQ	<i>Insight</i> global e resolução da crise	< <i>Insight</i> : pior evolução da crise
Peralta e Cuesta (1998)	29 TB (21 mn; 7 dp)	MADP	<i>Insight</i> e resolução da crise	< <i>Insight</i> : pior evolução da crise
Fennig <i>et al.</i> (1996)	52 TB	Item modificado de HDS	<i>Insight</i> e resolução da crise	< <i>Insight</i> : pior evolução da crise
Ghaemi <i>et al.</i> (1995)	28 TB (mn)	ITAQ	<i>Insight</i> e resolução da crise <i>Insight</i> e hospitalização involuntária	< <i>Insight</i> : pior evolução da crise < <i>Insight</i> : hospitalização involuntária
Michalakeas <i>et al.</i> (1994)	13 TB (mn)	ITAQ	<i>Insight</i> global e resolução da crise	< <i>Insight</i> : pior evolução da crise

TB: transtorno bipolar; mn: mania; ms: episódio misto; dp: depressão; eu: eutímico; TP: transtorno de pânico; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo; FS: fobia social; SUMD: *Scale of Unawareness of Mental Disorders*; SMS: *Scale for Manic States*; PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale*; HDS: *Hamilton Depression Scale*; ITAQ: *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire*; YMRS: *Young Mania Rating Scale*; MADP: *Manual for the Assessment and Documentation in Psychopathology*; MDIS: *Mood Disorder Insight Scale*; CT: *computed tomography*; SPECT: *single-photon emission computed tomography*.

Os quatro estudos<sup>36,49,59,64</sup> que avaliaram a correlação entre *insight* e gravidade do episódio afetivo encontraram correlação entre menor nível de *insight* e maior gravidade do episódio afetivo. Os dois estudos<sup>18,65</sup> que avaliaram a relação entre presença de sintomas psicóticos e *insight* observaram que menor *insight* estava associado à presença de sintomas psicóticos. Os quatro estudos<sup>2,3,4,5</sup> que avaliaram a relação entre *insight* e adesão ao tratamento farmacológico observaram que menor *insight* estava associado a menor adesão ao tratamento. Os dois estudos<sup>13,63</sup> que investigaram a relação entre *insight* e hospitalização involuntária observaram que menor nível de *insight* estava associado à hospitalização involuntária. Alguns estudos isolados relataram que menor *insight* estava também associado a maior hostilidade e menor controle dos impulsos<sup>25</sup>, maior comportamento agressivo<sup>57</sup> e pior evolução clínica<sup>41</sup>. E, ainda, um estudo<sup>58</sup> com tomografia computadorizada encontrou que menor *insight* estava associado à atrofia subcortical e cortical.

### Avaliação neuropsicológica

Os nove estudos<sup>17,36,38,45,47,50,55,64,67</sup> sobre a relação entre o *insight* no TB e avaliações neuropsicológicas são apresentados na tabela 5.

Foram encontradas associações entre um menor *insight* e um maior comprometimento de memória<sup>17,45,47,50</sup> e de aprendizagem emocional<sup>50</sup>, de inteligência geral e de função psicomotora<sup>36,64</sup>, de compreensão e de habilidades perceptivo-motoras<sup>17,47</sup>, de atenção<sup>17,36,64</sup>, de fluência verbal<sup>17,67</sup> e de função executiva<sup>17,45,47</sup>, e ainda de maior velocidade de processamento<sup>50</sup>.

### Comparação entre os diversos estados afetivos do TB

Os nove estudos<sup>22,42,44,49,66,68-71</sup> sobre a comparação quanto ao *insight* entre os diversos estados afetivos do TB são apresentados na tabela 6.

Todos os seis estudos<sup>42,44,49,66,68,71</sup> que compararam maníacos e deprimidos bipolares relataram que o *insight* de maníacos era menor do que o de deprimidos bipolares. Sete estudos<sup>22,42,44,49,69-71</sup> compararam pacientes em mania com pacientes em episódio misto. Desses, cinco estudos<sup>22,42,44,69,71</sup> relataram que o *insight* de maníacos era menor do que o de pacientes em episódio misto; em contraste, dois estudos<sup>12,70</sup> relataram que o *insight* em pacientes em mania é maior do que o de pacientes em episódio misto. Os dois estudos<sup>44,68</sup> que compararam o *insight* entre maníacos e eutímicos relataram que o *insight* dos maníacos era menor do que o dos eutímicos. Quatro estudos<sup>42,44,49,71</sup> compararam pacientes deprimidos e em episódio misto. Desses estudos, apenas um estudo<sup>12</sup> relatou que *insight* de pacientes em episódio misto era menor do que de deprimidos. Os outros três<sup>42,44,71</sup> não encontraram diferenças significativas. Por fim, apenas um estudo<sup>68</sup> comparou eutímicos e deprimidos e relatou que *insight* dos eutímicos era igual ao dos deprimidos.

## DISCUSSÃO

O *insight* é a capacidade do indivíduo de avaliar criticamente seu estado mental<sup>72</sup>. O presente estudo realizou uma revisão sistemática dos trabalhos que investigaram o *insight* em pacientes com TB. É importante salientar que o comprometimento do *insight* parece ser um fenômeno bastante abrangente, sendo encontrado em diversos transtornos mentais, como a esquizofrenia<sup>7-10</sup>, e doenças neurológicas. Estudos sobre doença de Alzheimer comumente empregam o termo "anosognosia"<sup>73</sup>, que designa um comprometimento da capacidade de perceber em si ou nas atividades da vida diária alterações causadas por déficits relacionados ao processo de adoecimento<sup>74</sup>. Esse fenômeno é comumente associado a inúmeras alterações presentes na doença de Alzheimer<sup>73</sup>.



**Tabela 5.** Avaliação neuropsicológica

Estudo	Amostra	Instrumento de avaliação do insight	Avaliação neuropsicológica	Resultados
Van der Werf-Eldering et al. (2011)	85 TB (48 dp; 37 eu)	MDIS	CANTAB (RTI, PRM e SWM), SCWT, CVLT, CPT, IQ, ELT	< <i>Insight</i> global: < memória; e melhor velocidade de processamento < <i>Insight</i> sobre a doença: < memória; < aprendizado emocional; e melhor velocidade de processamento
Dias et al. (2008b)	50 TB (eu)	SUMD	WMS (MT, DS, LM), SDMT, TMT-A, SCT, SC-WT, TMT-B, ToH, COWAT, WAIS-R ( <i>comprehension, similarities and information sub-tests</i> ), BT	< <i>Insight</i> global: < performance em <i>comprehension, similarities and information sub-tests</i> , MT, DS, SDMT, TMT-A, TMT-B, SCT ( <i>perseverations</i> ), ToH, and COWAT
Dias et al. (2008a)	70 TB (eu)	SUMD	WMS (MT, DS, LM), SDMT, TMT-A, SCT, SCWT, TMT-B, ToH, COWAT, WAIS-R ( <i>comprehension, similarities and information sub-tests</i> ), BT	< <i>Insight</i> global: < performance em SDMT, TMT-A, TMT-B, SCT ( <i>perseverations</i> ), ToH, <i>Similarities sub-tests of the WAIS-R</i> , and in LM
Yen et al. (2008a)	96 TB (eu)	SAI e SAI-E	WCST, WAIS-III, WMS-III, CPT, COWAT, LCT	< <i>Insight</i> (global, sobre a doença, e reconhecimento de fenômeno): função executiva e memória prejudicados
Varga et al. (2007)	37 TB (5 mn; 10 dp; 17 em remissão total; 5 em remissão parcial)	SUMD	WCST, SCWT, TMT-A, TMT-B, WAIS-III (DS, DSy, BD, <i>information and similarities</i> ), AVLT, IL, GP	< <i>Insight</i> global: < performance em WAIS ( <i>similarities</i> ), GP <i>dominant hand</i> e WAIS (DS)
Varga et al. (2006)	37 TB	SUMD	WCST, SCWT, TMT-A, TMT-B, WAIS-III (DS, DSy, BD, <i>information and similarities</i> ), AVLT, IL, GP	< <i>Insight</i> global: < performance em WAIS ( <i>similarities</i> ), GP <i>dominant hand</i> e WAIS (DS)
Arduini et al. (2003)	22 TB (mn com psicose)	SUMD	WCST	Sem correlação
Yen et al. (2002a)	34 TB (eu)	SAI-E	WCST, WAIS-R, WMS, TMT, CPT, COWAT, VFDT, LCT	< <i>Insight</i> : < performance COWAT (associação fraca)
Ghaemi et al. (1996)	16 TB mn	ITAQ	WAIS-R, WMS, COWAT, FTT, <i>screening de linguagem, testes de habilidades construtivas visuais e perceptivas visuais, medidas de funções motoras de autocontrole</i>	< <i>Insight</i> : < anormalidades da memória visual retardada (associação fraca)

TB: transtorno bipolar; mn: mania; dp: depressão; eu: eutímico; SUMD: *Scale of Unawareness of Mental Disorders*; ITAQ: *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire*; MDIS: *Mood Disorder Insight Scale*; SAI: *Schedule for Assessment of Insight*; SAI-E: *Schedule for Assessment of Insight*; AVLT: *Auditory Verbal Learning Test*; BD: *Block Design*; BNLN: *Neuropsychological Battery Luria-Nebraska*; BT: *Bell's Test*; CANTAB: *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery*; COWAT: *Controlled Oral Word Association Test*; CPT: *Continuous Performance Task*; CVLT: *California Verbal Learning Test*; DS: *Digit Span*; DSy: *Digit Symbol*; ELT: *Emotional Learning Task*; FTT: *Finger Tapping Test*; GP: *Grooved Pegboard*; IL: *Incidental Learning*; IQ: *Intelligence Quotient*; LCT: *Line Cancellation Test*; LM: *Logical Memory*; MT: *Mental Tracking*; PRM: *Pattern Recognition Memory*; RTI: *Reaction Time Test*; SCT: *Stroop Colour Test*; SC-WT: *Stroop Colour-Write Test*; SCWT: *Stroop Colour and Word Test*; SDMT: *Symbol Digit Modalities Test*; SWM: *Spatial Working Memory*; TMT: *Trail Making Test*; TMT-A: *Trail Making Test part A*; TMT-B: *Trail Making Test part B*; ToH: *Hanoi Towers Test*; VFDT: *Visual Form Discrimination Test*; WAIS-III: *Wechsler Adult Intelligence Scale – third edition*; WAIS-R: *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*; WCST: *Wisconsin Card Sorting Test*; WMS: *Wechsler Memory Scale*; WMS-III: *Wechsler Memory Scale – third edition*.

**Tabela 6.** Comparação entre os diversos estados afetivos do transtorno bipolar

Estudo	Amostra e desenho	Tipo de insight	Instrumento de avaliação	Resultados
Bressi et al. (2012)	120 TB: 40 mn vs. 32 ms vs. 48 dp	Sobre a doença Sobre tratamento Sobre consequências sociais	SUMD	mn < dp; ms < dp ms < dp ms < mn < dp
Cassidy (2010)	156 TB: 86 mn vs. 29 ms vs. 14 dp vs. 27 eu	Global	item 13 SMS	mn < dp; mn < ms; mn < eu
Yen et al. (2007a)	65 TB acompanhados por 2 anos (16: um episódio mn; 3: um episódio dp; 6 mais de um episódio mn ou dp)	Global	SAI-E	mn < eu = dp
Pini et al. (2004)	78 TB com psicose: 29 mn vs. 49ms	Sobre consequências sociais	SUMD	mn < ms
Dell'Osso et al. (2002)	147 TB com psicose: 55 mn vs. 62 ms vs. 30 dp	Sobre a doença Sobre tratamento Sobre consequências sociais	SUMD	mn < dp mn < ms; mn < dp mn < ms; mn < dp
Cassidy et al. (2001)	53 TB: 42 mn vs. 11 ms	Global	ITAQ	mn < ms
Rossi et al. (2000)	124 mn vs. 22 ms	Global	PANSS G12	ms < mn
Dell'Osso et al. (2000)	125 TB psicóticos: 62 mn vs. 28 ms vs. 35 dp	Sobre consequências sociais	SUMD	mn < dp; mn < ms
Peralta e Cuesta (1998)	28 TB: 21 mn vs. 7 dp	Global	MADP	mn < dp

TB: transtorno bipolar; mn: mania; ms: episódio misto; dp: depressão; eu: eutímico; SUMD: *Scale of Unawareness of Mental Disorders*; SMS: *Scale for Manic States*; BCIS: *Beck Cognitive Insight Scale*; PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale*; HDS: *Hamilton Depression Scale*; ITAQ: *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire*; YMRS: *Young Mania Rating Scale*; MADP: *Manual for the Assessment and Documentation in Psychopathology*; MDIS: *Mood Disorder Insight Scale*; IQ: *Insight Questionnaire*; <: menor insight que; >: maior insight que; =: sem diferenças quanto ao insight.

Além disso, grande parte dos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é parcial ou totalmente incapaz de reconhecer a irracionalidade de seus sintomas, ou seja, apresenta pouco ou nenhum *insight*<sup>75</sup>.

Dentre as associações estudadas entre o *insight* no TB e dados sociodemográficos, algumas merecem ser destacadas. Alguns estudos<sup>17,45,47</sup> mostram que maior nível educacional está relacionado a maior nível de *insight*. Provavelmente os pacientes com maior nível educacional tiveram maior acesso ao conhecimento sobre a sua doença e sobre as formas de lidar com ela<sup>17</sup>. É possível também que eles possuam maior *status* socioeconômico, com acesso a melhores serviços de saúde e formas de tratamento. Estudos em pacientes com demência também ressaltam a importância da escolaridade sobre o *insight*, pois melhor capacidade cognitiva pré-mórbida está relacionada a maior reserva cognitiva e, conseqüentemente, a menor comprometimento da consciência do déficit<sup>76</sup>. Entretanto, o baixo número de estudos sobre nível educacional não permite concluir que, de fato, o tempo de estudo de um paciente possa ser determinante para melhor *insight*.

Três estudos<sup>46,49,50</sup> observaram que uma maior duração ou idade de início da doença mais precoce estariam associadas a menor *insight* no TB. Esses dados também poderiam reforçar a ideia de que um maior período de convivência com a doença levaria a melhor conhecimento sobre sua sintomatologia. Estudos com pacientes com TOC<sup>77</sup> indicam que esses fatores estariam relacionados ao *insight* também nesse transtorno mental. Porém, em virtude do baixo número de estudos sobre o tema, a relação do nível de *insight* com esses fatores ainda precisa ser confirmada.

Outra constatação que parece evidente é a de que, no TB, um comprometimento cognitivo pode estar relacionado a um comprometimento do *insight*. Níveis reduzidos de *insight* foram associados com piores desempenhos em testes de funções executivas<sup>17,47</sup>, atenção dividida, flexibilidade mental, memória de trabalho, inibição de resposta, resolução de interferência e resolução de conflito de comportamento, todos mediados pelo lobo frontal. Além disso, um prejuízo na fluência verbal foi significativamente associado com comprometimento do *insight*<sup>17</sup>. Esses resultados reforçam a noção de que o *insight* é uma capacidade neurocognitiva, com os achados indicando especificamente disfunção pré-frontal e frontoparietal em pacientes bipolares com baixo *insight*<sup>17,64</sup>. Os lobos frontais estão envolvidos em habilidades metacognitivas e de autoavaliação, tendo sido implicados na deficiência de *insight* em diferentes grupos clínicos, como pacientes com doença de Alzheimer<sup>19</sup>. Alguns estudos<sup>17,36,45,50,64</sup> apontaram que um maior comprometimento de memória tem um impacto negativo sobre o nível de *insight*. Capacidade limitada de reter informação na memória verbal ou de se lembrar de comportamentos prévios pode ter impacto negativo na habilidade dos pacientes de avaliarem seu próprio comportamento e de tirarem conclusões sobre a anormalidade de

seu comportamento<sup>50</sup>. Esses achados estão de acordo com uma extensa literatura que indica baixos níveis de *insight* em pacientes com comprometimentos de memória, por exemplo, na demência<sup>73</sup>. Pacientes com TOC e pouco *insight* também apresentam desempenho cognitivo prejudicado<sup>78</sup>.

Os estudos parecem ser unânimes ao apontar que, no TB, uma melhora da sintomatologia da crise cursa com recuperação do *insight*<sup>13,29,30,40,49,53,66</sup>. Observação semelhante foi relatada em um estudo com esquizofrênicos<sup>10</sup>, no qual ocorreu aumento do *insight* durante o período entre a hospitalização e a alta. Nesse mesmo sentido, estudos com pacientes com TB<sup>54</sup> e com esquizofrenia<sup>10</sup> 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. De fato, dados coletados de estudos, pela presente revisão, mostram uma relação direta entre menor *insight* no TB e uma gravidade do episódio afetivo<sup>36,49,59,64</sup> ou da quantidade de sintomas maníacos<sup>17,30,32,47</sup>. De forma semelhante, pacientes com doença de Alzheimer apresentam piora da consciência do déficit com a progressão da doença e conseqüente aumento da gravidade clínica<sup>79,80</sup>. Maior comprometimento do *insight* associado a maior gravidade da doença também pode ser observado no TOC<sup>81</sup>. Contudo, no TB, a associação entre baixo nível de *insight* e gravidade clínica poderia ser explicada pelo fato de, nos episódios afetivos mais graves, serem especialmente comuns os sintomas psicóticos, os quais costumam cursar com importante prejuízo no *insight*<sup>18,46,50,65</sup>.

Entre os estudos que fizeram comparação do *insight* de pacientes bipolares com pacientes com outros transtornos mentais, 17 utilizaram pacientes esquizofrênicos. Nenhum estudo encontrou que o *insight* de esquizofrênicos fosse maior do que de pacientes bipolares. Contudo, alguns estudos encontraram níveis de *insight* semelhantes na comparação entre esquizofrênicos e bipolares<sup>11,22,23,31,36-39</sup>. É importante ressaltar que alguns desses estudos que não distinguiram TB de esquizofrenia utilizaram uma amostra de bipolares com sintomas psicóticos<sup>11,22,38</sup>. Além disso, conforme discutido, a presença de sintomas psicóticos parece ter grande influência sobre o *insight*<sup>18,65</sup>. A maioria dos estudos, contudo, indica que a esquizofrenia cursa com pior *insight* do que o TB. É possível que maior presença de sintomas psicóticos, maior comprometimento cognitivo e pior evolução da esquizofrenia<sup>82</sup> possam ser responsáveis por um pior comprometimento do *insight* nesse transtorno. Um achado comum entre os estudos é que pacientes deprimidos unipolares apresentam melhor *insight* do que pacientes bipolares<sup>23,29,30,40</sup>. Um estudo<sup>43</sup> chamou atenção para o fato de que pacientes bipolares tipo I apresentaram maior *insight* global do que pacientes bipolares tipo II, o que parece refletir a dificuldade, do próprio paciente e das demais pessoas, de fazer distinção entre a hipomania e a normalidade.

Os estudos sobre comparação de *insight* nas diversas fases afetivas parecem ser unânimes ao apontar que pacientes em fase maníaca apresentam *insight* mais comprometido do que pacientes em fase depressiva<sup>42,44,49,66,68,71</sup> ou em eutímia<sup>44,68</sup>. Além disso, um estudo mostrou que o *insight* de pacientes em fase depressiva é semelhante ao de pacientes em eutímia<sup>68</sup>. A associação entre humor deprimido e *insight* preservado é observada em diversos grupos clínicos<sup>27</sup>, mas a direção de causalidade não é clara nesse caso. Por um lado, um aumento do *insight* leva ao reconhecimento de problemas, o que causa tristeza. Por outro, pacientes deprimidos podem ser mais realistas, tendo maior apreciação das consequências de seus problemas. Nesse sentido, pacientes com TB que apresentam um episódio depressivo avaliam de forma mais fidedigna o seu estado de humor do que aqueles que apresentam um episódio maníaco<sup>14,83</sup>. Alguns estudos<sup>22,42,44,69,71</sup> chamaram a atenção para o fato de que pacientes em mania apresentaram pior *insight* do que o de pacientes em episódio misto. Talvez a presença de sintomas depressivos possa favorecer um menor comprometimento do *insight*<sup>50</sup>. Três estudos<sup>48,51,52</sup> encontraram que maior *insight* está associado a história de ideação ou tentativa de suicídio. Tais achados sugerem que a presença de *insight* sobre a doença pode ser um fator de risco para suicídio, o que pode estar relacionado à maior ocorrência de sintomas depressivos entre pacientes suicidas. Outra possibilidade seria que ter um nível maior de *insight* representa saber mais sobre a gravidade e consequências de sua doença e que a morte seria vista pelo indivíduo como uma alternativa menos dolorosa em relação ao TB.

A presença de apenas um juiz para o julgamento dos artigos a serem selecionados configura uma limitação da presente revisão sistemática.

## CONCLUSÃO

Um menor nível de *insight* está relacionado à presença de sintomas psicóticos e de alterações cognitivas. Um comprometimento do *insight* está associado a uma menor adesão ao tratamento. Por outro lado, maior preservação do *insight* pode estar associada a maior ideação suicida. Finalmente, o *insight* no TB parece ser mais prejudicado do que na depressão unipolar, porém menos do que na esquizofrenia. E também está claro que a fase maníaca cursa com um nível inferior de *insight* quando comparada à fase depressiva ou de eutímia.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Rafael de Assis da Silva** – Participou do desenho do estudo, da coleta e análise dos artigos selecionados e da redação do manuscrito e aprovou a versão final a ser publicada.

**Daniel C. Mograbi** – Participou do desenho do estudo e da redação do manuscrito e aprovou a versão final a ser publicada.

**J. Landeira-Fernandez** – Participou do desenho do estudo e da redação do manuscrito e aprovou a versão final a ser publicada.

**Elie Cheniaux** – Participou do desenho do estudo, da análise dos artigos selecionados e da redação do manuscrito e aprovou a versão final a ser publicada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

- Lewis AJ. The psychopathology of insight. *Br J Med Psychol*. 1934;14:332-8.
- 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 Psiquiatr*. 2011;40(1):85-98.
- 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(1):16-21.
- Sajatovic M, Ignacio RV, West JA, Cassidy KA, Safavi R, Kilbourne AM, et al. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(2):100-7.
- Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yeh ML, Yang SJ, Yen JY, et al. Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(4):403-9.
- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(10):826-36.
- 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(1):43-7.
- Parellada M, Boada L, Fraguas D, Reig S, Castro-Fornieles J, Moreno D, et al. Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study. *Schizophr Bull*. 2011;37(1):38-51.
- Antonius D. Insight and aggression in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2195.
- Dam J. Insight in schizophrenia: a review. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(2):114-20.
- 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(1):122-5.
- Ghaemi SN, Sachs GS, Baldassano CF, Truman CJ. Insight in seasonal affective disorder. *Compr Psychiatry*. 1997;38(6):345-8.
- Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG. Lack of insight in bipolar disorder: the acute manic episode. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183(7):464-7.
- Silva RA, Mograbi DC, Silveira LAS, Nunes ALS, Novis FD, Cavaco PA, et al. Mood self-assessment in bipolar disorder: a comparison between patients in mania, depression, and euthymia. *Trends Psychiatry Psychoter*. 2013;35(2):141-5.
- Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry*. 2000a;61(10):804-8.
- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*. 2002;47(2):125-34.
- 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(1):28-34.

18. Güçlü O, Karaca O, Yildirim B, Ozköse MM, Erkiran M. The relationship between insight and clinical features in bipolar disorder. *Turk J Psychiatry*. 2011;22(4):1-7.
19. Amanzio M, Vase L, Leotta D, Miceli R, Palermo S, Geminiani G. Impaired awareness of deficits in Alzheimer disease: the role of everyday dysfunction. *J Int Neuropsych Soc*. 2013;19(1):63-72.
20. Camelo EVM, Netto T, Velasques B, Ribeiro P, Cheniaux E. Attention impairment in bipolar disorder: a systematic review. *Psychol Neurosci*. 2013;6(3):299-309.
21. Vohringer PA, Barroilhet SA, Amerio A, Reale ML, Alvear K, Vergne D, et al. Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2013;4(87):1-11.
22. Pini S, De Queiroz V, Dell'Osso L, Abelli M, Mastrocinque C, Saettoni M, et al. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *Eur Psychiatry*. 2004;19(1):8-14.
23. Colis MJ, Steer RA, Beck AT. Cognitive insight in inpatients with psychotic, bipolar and major depressive disorders. *J Psychopathol Behav Assess*. 2006;28(4):242-9.
24. Braw Y, Sitman R, Sela T, Erez G, Bloch Y, Levkovitz Y. Comparison of insight among schizophrenia and bipolar disorder patients in remission of affective and positive symptoms: analysis and critique. *Eur Psychiatry*. 2012;27(8):612-8.
25. Calatayud GL, Sebastián NH, García-Iturrospe EA, Piqueras JCG, Arias JS, Cercós CL. Relationship between insight, violence and diagnoses in psychotic patients. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(1):43-7.
26. Amador XF, Strauss DH, Yale S, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993;150(6):873-9.
27. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 1990;156:798-808.
28. 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.
29. Fennig S, Everett E, Bromet EJ, Jandorf L, Fennig SR, Tenenbergs-Karant M, et al. Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophr Res*. 1996;22(3):257-63.
30. Michalakeas A, Skoutas C, Charalambous A, Peristeris A, Marinos V, Keramari E, et al. Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90(1):46-9.
31. Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Yen JY, Ker JH, Yang SJ. Comparison of insight in patients with schizophrenia and bipolar disorder in remission. *J Nerv Ment Dis*. 2002b;190(2):847-9.
32. Daneluzzo E, Arduini L, Rinaldi O, Di Domenico M, Petruzzi C, Kalyvoka A, et al. PANSS factors and scores in schizophrenic and bipolar disorders during an index acute episode: a further analysis of the cognitive component. *Schizophr Res*. 2002;56(1-2):129-36.
33. Young DA, Zakzanis KK, Bailey C, Davila R, Griese J, Sartory G, et al. Further parameters of insight and neuropsychological deficit in schizophrenia and other chronic disease. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(1):44-50.
34. Govil S, Sengupta SN, Sharma P, Kumar D. A study of comparison of insight in patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in remission phase. Abstracts for Poster Session I. *Eur Psychiatry*. 2008;23:581-191.
35. Masson M, Azorin JM, Bourgeois ML. La conscience de la maladie dans les troubles schizophréniques, schizo-affectifs, bipolaires et unipolaires de l'humeur: résultats d'une étude comparative de 90 patients hospitalisés. *Ann Med Psychol*. 2001;159:369-74.
36. 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(6):583-91.
37. Jonsdottir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB, Simonsen C, Engh JA, Ringen PA, et al. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(1):23-33.
38. Arduini L, Kalyvoka A, Stratta P, Rinaldi O, Daneluzzo E, Rossi A. Insight and neuropsychological function in patients with schizophrenia and bipolar disorder with psychotic features. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):338-41.
39. Williams CC, Collins A. Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2002;53(1):96-8.
40. Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D. Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophr Res*. 2000;45(1-2):29-36.
41. Ghaemi SN, Boiman E, Goodwin FK. Insight and outcome in bipolar, unipolar and anxiety disorders. *Compr Psychiatry*. 2000b;41(3):167-71.
42. Dell'Osso L, Pini S, Cassano GB, Mastrocinque C, Seckinger RA, Saettoni M, et al. Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disord*. 2002;4(5):315-22.
43. Pallanti S, Quercioli L, Pazzagli A, Rossi A, Dell'Osso L, Pini S, et al. Awareness of illness and subjective experience of cognitive complaints in patients with bipolar I and bipolar II disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(7):1094-6.
44. Cassidy F. Insight in bipolar disorder: relationship to episode subtypes and symptom dimensions. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010;6:627-31.
45. 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*. 2008a;49(4):335-9.
46. Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Ker JH, Yang SJ, Yen JY. Correlates of insight among patients with bipolar I disorder in remission. *J Affect Disord*. 2004;78(1):57-60.
47. Dias VV, Brissos S, Frey BN, Kapczynski F. Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2008a;110(1-2):75-83.
48. Acosta FJ, Veja D, Torralba L, Navarro S, Ramallo-Fariña Y, Fíuza D, et al. Hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder: a study in clinically nonsyndromal patients. *Compr Psychiatry*. 2012;53(8):1103-9.
49. Bressi C, Porcellana M, Marinaccio PM, Nocito EP, Ciabatti M, Magri L, et al. The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: an Italian prospective study. *Eur Psychiatry*. 2012;27(8):619-24.
50. 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(4):343-54.
51. Gonzalez VM. Recognition of mental illness and suicidality among individuals with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(10):727-34.
52. 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*. 2008c;196(6):462-7.
53. Pini S, Dell'Osso L, Amador XF, Mastrocinque C, Saettoni 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(3):355-61.
54. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med*. 1997;27(5):1091-100.
55. Ghaemi SN, Hebben N, Stoll AL, Pope HG. Neuropsychological aspects of lack of insight in bipolar disorder: a preliminary report. *Psychiatry Res*. 1996;65(2):113-20.
56. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorders. *Compr Psychiatry*. 2012;53(5):484-9.
57. González-Ortega I, Mosquera F, Echeburúa E, González-Pinto A. Insight, psychosis and aggressive behaviour in mania. *Eur J Psychiatry*. 2010;24(2):70-7.
58. Varga M, Babovic A, Flekkoy K, Ronneberg U, Landro NI, David AS, et al. Reduced insight in bipolar I disorder: neurofunctional and neurostructural correlates: a preliminary study. *J Affect Disord*. 2009;116(1-2):56-63.
59. Yen CF, Chen CS, Yen JY, Ko CH. The predictive effect of insight on adverse clinical outcomes in bipolar I disorder: a two-year prospective study. *J Affect Disord*. 2008b;108(1-2):121-7.
60. Yen CF, Chen CC, Cheng CP, Yen CN, Lin HC, Ko CH, et al. Comparisons of insight in schizophrenia, bipolar I disorder, and depressive disorders with and without comorbid alcohol use disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008d;62(6):685-90.
61. Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen CS. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disord*. 2008e;10(5):617-24.
62. Yen CF, Chen CS, Yang SJ, Ko CH, Yen JY, Huang CF. Relationships between insight and psychosocial adjustment in patients with bipolar I disorder. *Bipolar Disord*. 2007b;9(7):737-42.
63. Schuepbach D, Goetz I, Boeker H, Hell D. Voluntary vs involuntary hospital admission in acute mania of bipolar disorder: results from the Swiss sample of the EMBLEM study. *J Affect Disord*. 2006;90(1):57-61.
64. 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.
65. Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Yang SJ, Ker JH, Yen JY. Changes of insight in manic episodes and influencing factors. *Compr Psychiatry*. 2003;44(5):404-8.

66. Peralta V, Cuesta MJ. Lack of insight in mood disorders. *J Affect Disord.* 1998;49(1):55-8.
67. Yen CF, Chung LC, Chen CS. Insight and neuropsychological functions in bipolar outpatients in remission. *J Nerv Ment Dis.* 2002a;19(10):713-5.
68. Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yen JY, Huang CF. Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord.* 2007a;9(3):238-42.
69. Cassidy F, McEvoy JP, Yang YK, Wilson WH. Insight is greater in mixed than in pure manic episodes of bipolar I disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189(6):398-9.
70. Rossi A, Daneluzzo E, Arduini L, Di Domenico M, Stratta P, Petrucci C. Cognitive symptoms of mania in pure and mixed episodes evaluated with the Positive and Negative Syndrome Scale. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250(5):254-6.
71. 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):242-7.
72. Sims A. *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology.* 3rd ed. London: Saunders; 2006.
73. Belfort T, Sousa MFB, Santos RL, Lima M, Torres B, Dias R, et al. Consciência do déficit na doença de Alzheimer: diferenças entre os domínios cognitivo e funcional. *J Bras Psiquiatr.* 2013;62(3):217-24.
74. Dourado MCN, Laks J, Rocha M, Soares C, Leibing A, Engelhardt E. Consciência da doença na demência: resultados preliminares em pessoas com doença de Alzheimer leve e moderada. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(1):114-8.
75. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry.* 1986;143(12):1527-33.
76. Spitznagel MB, Tremont G, Brown LB, Gunstad J. Cognitive reserve and the relationship between depressive symptoms and awareness of deficits in dementia. *J Neuropsych Clin N.* 2006;18(2):186-90.
77. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry.* 2004;19(4):202-8.
78. Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O, et al. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: a neuropsychological comparison. *Psychiatry Res.* 2009;165(1-2):38-46.
79. Leicht H, Berwig M, Gertz HJ. Anosognosia in Alzheimer's disease: the role of impairment levels in assessment in insight across domains. *J Int Neuropsych Soc.* 2010;16(3):463-73.
80. Stewart G, McGeown WJ, Shanks MF, Venneri A. Anosognosia of memory impairment in Alzheimer's disease. *Acta Neuropsychiatr.* 2010;22(4):180-7.
81. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychopathology.* 2001;34(2):62-8.
82. Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Telles LL, Lessa JLM, Dias A, Duncan T, et al. 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(3):209-17.
83. Silva RA, Mograbi DC, Silveira LAS, Nunes ALS, Novis FD, Landeira-Fernandez J, et al. The reliability of self-assessment of affective state in different phases of bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(5):1-5.