PPGPSICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CAPES CONCEITO 7

Qualidade das relações interpessoais no transtorno bipolar: um estudo qualitativo

Porto Alegre

2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E COMUNICAÇÃO HUMANA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Laura Canani da Rosa

QUALIDADE DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO TRANSTORNO BIPOLAR: UM ESTUDO QUALITATIVO

Dissertação de Mestrado apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Orientadora: Letícia Sanguinetti Czepielewski

Co-orientadora: Giana Bitencourt Frizzo

Porto Alegre, março de 2026

Agradecimentos

Assim como eu, este trabalho é resultado das relações que me atravessam. Aqui estão os meus mais sinceros agradecimentos a estes vínculos tão importantes que me possibilitaram chegar até aqui.

Aos meus pais, que sempre fomentaram e nutriram a minha curiosidade.

Aos meus amigos mais antigos, Gabriela e Rafael, que amparam as muitas versões da Laura que fui e sou.

Ao meu amigo Fred, que foi um companheiro de estudos essencial nessa jornada.

À minha amiga Ellen, que se tornou uma parceira, em todos os sentidos e significados dessa palavra, nesse processo que é tornar-se mestre.

Ao meu amigo Roni, que me incentivou e me apoiou nos tantos momentos de desespero.

Aos meus colegas de grupo, que se fizeram presentes nos diversos momentos de discussão deste trabalho.

Aos alunos de iniciação científica, Bianca, Carol e Uriel, que trabalharam dedicadamente no processamento dos dados e, especialmente, à aluna Luana, que me acompanhou nas entrevistas com os pacientes, contribuiu para a análise de dados e me ajudou a enxergá-los por novas perspectivas.

À professora Adriane, que me permitiu a entrada no Hospital de Clínicas.

À minha orientadora Letícia, que enxergou e continua a enxergar potencial em mim e nas minhas ideias.

Aos pacientes que cederam um pouquinho da sua trajetória para a ciência brasileira.

Índice

Índice....3
Resumo....6
Abstract....7
Epígrafe....8
Capítulo I....10
Introdução....10
Relações Interpessoais e Rede de Apoio....10
Funcionamento Neurocognitivo Subjacente às Relações Sociais....17
Relações Interpessoais e Saúde Mental....22
Relações Interpessoais e Apoio Social no Contexto dos Transtornos Mentais....26
Relações Interpessoais e Apoio Social no Transtorno Bipolar....27
Problemas de Pesquisa....32
Objetivos....33
Objetivo Geral....33
Objetivos Específicos....33
Capítulo II....34
Artigo Empírico....34
Abstract....34
Introduction....36
Capítulo III....39
Considerações Finais....39
Posicionalidade e Reflexividade da Pesquisadora....39
Síntese e Integração dos Achados....41
Limitações e Perspectivas futuras....44
Referências....46
Anexos....70
Anexo A....70
Anexo B....72
Anexo C....74
Anexo D....77
Anexo E....80

Resumo

Esta dissertação visou investigar a qualidade das relações interpessoais no contexto do transtorno bipolar. A relação entre saúde mental e funcionamento interpessoal é complexa e bidirecional, uma vez que dificuldades relacionais podem agravar sintomas, enquanto características do transtorno influenciam a qualidade dos vínculos. Os objetivos deste trabalho consistiram em examinar como as características associadas ao transtorno e as trajetórias individuais de desenvolvimento nesse contexto impactam as relações familiares, conjugais e de amizade. Para isso, foi realizado um estudo de casos múltiplos com oito participantes diagnosticados com transtorno bipolar em estado eutímico. Os participantes responderam a entrevistas semiestruturadas, que foram analisadas através da análise temática baseada em *codebook*, guiada pela teoria do Ciclo de Saúde Familiar de Barnhill. Como resultado, foi desenvolvido um modelo teórico com 20 temas e 19 subtemas divididos em seis domínios: Processos de identidade, Processos de troca entre as pessoas, Processamento de informações, Estruturação de papéis, Características relacionadas ao TB e Impacto dos tratamentos ou intervenções. O domínio Processos de troca entre as pessoas foi central nas narrativas, evidenciando que sistemas relacionais estáveis e flexíveis funcionam como um porto seguro nos momentos de crise, auxiliando no bem-estar psicológico do paciente e na resiliência das relações após o diagnóstico. Além disso, o tema Endofenótipo mostrou-se relevante, indicando que traços psicopatológicos de parentes atuam na saúde relacional. Dessa forma, conclui-se que a qualidade relacional no transtorno bipolar se expande para além do sistema familiar, incluindo amizades e afiliações comunitárias, sugerindo que intervenções clínicas devem envolver o círculo social do paciente, ajudando a reduzir a sobrecarga do cuidador, a gerenciar o estigma e a abordar vulnerabilidades familiares compartilhadas.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar, Relações Interpessoais, Estudo Qualitativo

Abstract

This dissertation aimed to investigate the quality of interpersonal relationships in the context of bipolar disorder. The relationship between mental health and interpersonal functioning is complex and bidirectional, as relational difficulties may exacerbate symptoms, while disorder-related characteristics influence the quality of bonds. The objectives of this project were to examine how disorder-associated features and individual developmental trajectories within this context impact family, marital, and friendship relationships. To this end, a multiple-case study was conducted with eight euthymic patients with bipolar disorder. Participants responded to semi-structured interviews, which were then analyzed using a codebook-based thematic analysis guided by Barnhill's theory of the Family Health Cycle. As a result, a theoretical model comprising 20 themes and 19 subthemes was developed, divided into six domains: Identity Processes, Change, Information Processing, Role Structuring, BD–Related Characteristics, and Impact of Treatments or Interventions. The Change domain was central in participants'narratives, indicating that stable and flexible relational systems function as a safe haven during crises, supporting the patient's psychological well-being and relational resilience after diagnosis. In addition, the Endophenotype theme was prominent, suggesting that relatives'psychopathological traits affect relational health. Thus, it can be concluded that relational quality in bipolar disorder extends beyond the family system to include friendships and community affiliations, suggesting that clinical interventions should involve the patient's social circle, helping to reduce caregiver burden, manage stigma, and address shared familial vulnerabilities.

Keywords: Bipolar Disorder, Interpersonal Relations, Qualitative Research

Epígrafe

"Para que pueda ser he de ser otro, salir de mí, buscarme entre los otros, los otros que no son si yo no existo, los otros que me dan plena existencia, no soy, no hay yo, siempre somos nosotros..."

(Para que possa ser preciso ser outro, sair de mim, buscar-me entre os outros, os outros que não são se eu não existo, os outros que me dão plena existência, não sou, não há eu, somos sempre nós...)

— Octavio Paz, em *Piedra de Sol* (1957), tradução de Haroldo de Campos.

Apresentação Geral

A dissertação é composta por três capítulos. No Capítulo I, desenvolve-se a introdução geral, abrangendo a exposição do tema de investigação e a formulação da pergunta de pesquisa e dos objetivos que fundamentam o estudo. O Capítulo II apresenta um artigo empírico intitulado *Beyond the Family System: An Expanded Theoretical Model of Interpersonal Relationship Quality in Bipolar Disorder*. Este artigo empírico e qualitativo buscou investigar como características relacionadas ao transtorno bipolar e trajetórias desenvolvimentais individuais influenciam a qualidade de diferentes tipos de relações interpessoais em uma amostra de pacientes eutímicos, por meio de um estudo transversal de múltiplos casos, analisado a partir de um modelo teórico composto por temas e subtemas organizados em seis domínios. No Capítulo III, são expostas as considerações finais do trabalho, compreendendo não apenas as conclusões gerais, mas também aspectos relativos à experiência da autora no desenvolvimento da temática, bem como as limitações encontradas e as possibilidades de desdobramento em estudos futuros.

Capítulo I

Introdução

Relações Interpessoais e Rede de Apoio

A natureza humana das relações interpessoais se expressa na multidisciplinaridade desse fenômeno (Blumstein & Kollock, 1988). Assim sendo, a definição do que seriam relações interpessoais acaba variando de acordo com as áreas que as estudam, resultando em uma falta de um conceito unificado, incluindo dentro do campo da psicologia. Na perspectiva cognitivo-comportamental, uma definição clássica é a de Kelley e colegas (1983). Eles descrevem que uma relação interpessoal é composta por uma díade a partir de uma interconexão causal de eventos. Para os autores, um relacionamento ocorre quando duas pessoas se impactam mutuamente em um período estendido de tempo, ou seja, estão interdependentes de forma que uma mudança na sequência ação-pensamento-emoção de uma pessoa causa uma mudança na sequência ação-pensamento-emoção da outra e vice-versa.

Seguindo essa definição, Vangelisti e Perlman (2018) adicionam que as relações interpessoais seriam mais do que momentos isolados de interações e estariam além do cumprimento de papéis sociais dos relacionamentos. Para esses autores, as relações sociais incluem diversos tipos de relacionamentos, não exclusivos aos relacionamentos íntimos. Esse conceito é influenciado também pela noção de que os relacionamentos interpessoais diferem dos relacionamentos formais quando eles são baseados no conhecimento que um tem sobre a outra pessoa e não somente na sua posição social (Hinde, 1979). Outra contribuição importante ao conceito de Kelley e colegas (1983) é a ideia de que todo relacionamento interpessoal inclui interdependência, necessidade de satisfação e apego emocional (Dwyer, 2013) e serve para satisfazer a necessidade humana de pertencimento (Vangelisti & Perlman, 2018)

Durante a vida, uma pessoa experiencia diversas formas de relacionamento, iniciando com os cuidadores primários e familiares próximos e seguindo para amizades, colegas e relações românticas, podendo ser divididas em quatro categorias principais: afiliação, amizade, relações familiares e relações românticas (Dwyer, 2013). A afiliação considera relações decorrentes da necessidade básica de estar em companhia de outras pessoas (Dwyer, 2013). Já a amizade está relacionada à afiliação voluntária. Ela inicia na primeira infância através da companhia lúdica e, com o desenvolvimento da criança, adquire valores como lealdade, cooperatividade, gentileza e sensibilidade à necessidade do outro (Pataki et al., 1994). É consenso na literatura que a relação entre pares desempenha um papel único no desenvolvimento infantil, incluindo no desenvolvimento de psicopatologias quando estas são disfuncionais (Parker et al., 2015). Na adolescência, as amizades cumprem um papel importante no desenvolvimento do senso de pertencimento (Hartup, 1992) e no processo de individuação (Blos, 1967). Na vida adulta, conforme as pessoas começam a constituir famílias, as amizades tornam-se menos centrais (Dwyer, 2013). Já no envelhecimento, estas desempenham um papel crucial, provendo intimidade, entusiasmo e alegria (Adams, 1986) e ajudando no processo de luto da perda dos parceiros (Sable, 1991).

Idealmente, as relações familiares desempenham um papel vital na formação da identidade, no estabelecimento de uma base segura e até no ajuste social (Luyckx et al., 2007). Tratando-se das figuras maternas e paternas, as relações tendem a ser mantidas por um senso de obrigação aliado ao prazer compartilhado (Dwyer, 2013). Já as relações fraternas tendem a ser as mais duradouras ao longo da vida e possuem um componente importante de experiência compartilhada (Kramer, 2010). Outra relação comumente próxima é a com os avós. Em função das poucas responsabilidades disciplinares, essas relações costumam ser permeadas pela diversão e pelo companheirismo (Dwyer, 2013). É importante pontuar que diversas configurações familiares existem, que se adaptam às diferentes culturas (Georgas et

al., 2006) e nem sempre seguem os papéis e funções descritos acima. Marcadores interseccionais como raça, classe, orientação sexual, entre outros, interagem diretamente com o sistema familiar, possibilitando a experiência desses papéis de outras formas, com suas potencialidades e desafios específicos (Costa & Marra, 2020; Martinez, 2014; Ribeiro & Zucolotto, 2016).

Por fim, as relações românticas se diferenciam das outras por três componentes principais: paixão, intimidade e comprometimento (Sternberg, 1986). É a partir dela que, tradicionalmente, iniciam-se as famílias, sejam elas com ou sem filhos (Carroll, 2000), e tornam-se uma nova base estável e de relacionamentos duradouros para o indivíduo, tipicamente com convivência intensa (Cowan & Cowan, 2012). Outros tipos de relações, como a vizinhança e as relações de trabalho, também são importantes e podem ser constitutivas do senso de pertencimento e de comunidade (Liebler & Sandefur, 2002).

Não está claro na literatura quais são os fatores que indicam a qualidade das relações interpessoais. Historicamente, os estudos costumam focar mais em indicadores de qualidade conjugal e familiar (Cusinato, 1992). Nesse contexto, a teoria de Barnhill (1979) entende a família como um sistema tanto promotor de saúde quanto de psicopatologias. O autor, então, apresenta oito dimensões polarizadas fundamentais para o funcionamento saudável da família: 1) Individualização/Absorção; 2) Reciprocidade/Isolamento; 3) Flexibilidade/Rigidez; 4) Estabilidade/Desorganização; 5) Clareza de percepção/Percepção pouco clara ou distorcida; 6) Clareza de comunicação/Comunicação pouco clara ou distorcida; 7) Reciprocidade de papéis/papéis pouco claros ou conflitos de papéis; e 8) Clareza dos limites intergeracionais/Limites intergeracionais vagos ou interrompidos. A descrição detalhada de cada dimensão está demonstrada na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1

Dimensões da Saúde Familiar de Barnhill (1979)

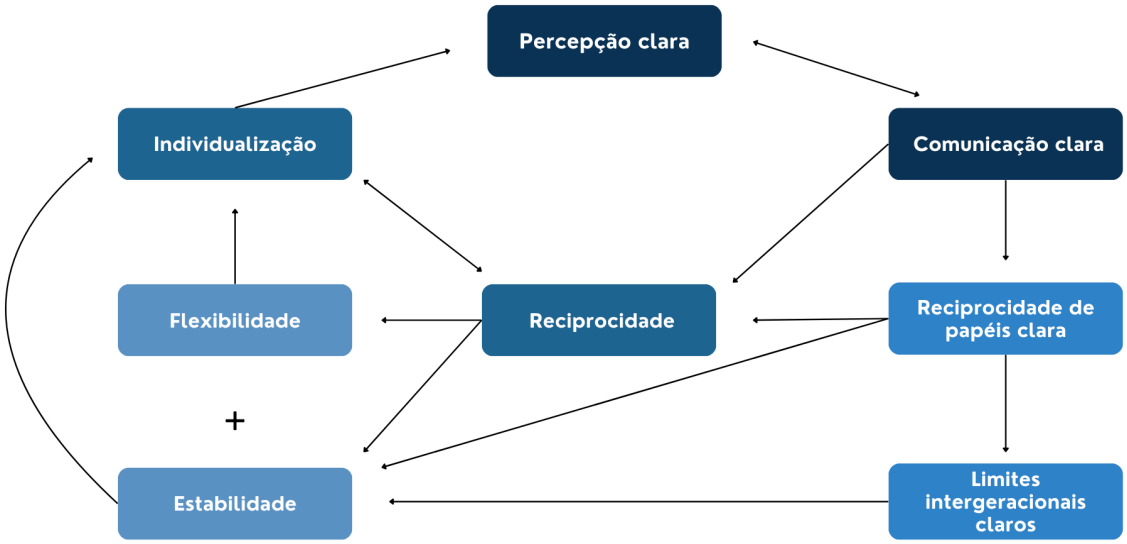
Domínio	Dimensão	Descrição
Processos de identidade	Individualização/Absorção	A individualização trata da independência de pensamento, sentimento e julgamento dos outros. Inclui um senso estável de autonomia, responsabilidade pessoal, identidade e clareza dos limites do eu. A absorção, pelo contrário, indica uma noção de si não bem definida, uma identidade dependente de outros, simbiose.
	Reciprocidade/Isolamento	Refere-se ao sentimento de intimidade emocional e unidade que só é possível entre indivíduos que têm uma identidade claramente definida. O isolamento, por outro lado, refere-se à alienação e o desinteresse pelos outros e pode ser estabelecido pela absorção (as identidades estão tão fundidas que não são separáveis o suficiente para alcançar a intimidade) ou pelo afastamento, isolando-se das relações familiares. A individualização e a reciprocidade são igualmente necessárias para evitar a absorção (intimidade sem autonomia) ou a alienação (independência sem intimidade).
Processos de troca entre as pessoas	Flexibilidade/Rigidez	A flexibilidade é a capacidade de ser adaptável e flexível em resposta a diversas condições e ao processo de mudança. Em oposto, a rigidez refere-se a dificuldade de adaptar-se aos diferentes contextos, agindo de forma inadequada as circunstâncias, estereotipada e repetitiva.
	Estabilidade/Desorganização	A estabilidade tem a ver com consistência, responsabilidade e segurança nas relações familiares (estende-se nesse projeto para relações interpessoais). A desorganização indica falta de estabilidade ou consistência nas relações. Inclui falta de previsibilidade e clareza de responsabilidade.
Processamento de informações	Clareza de percepção/ Percepção pouco clara ou distorcida	A clareza de percepção é a consciência não distorcida de si mesmo e dos outros. Por ser um fenômeno coletivo, ela reflete uma percepção comum e uma avaliação consensual de eventos vivenciados em conjunto. Já a falta de percepção clara indica confusão, percepções vagas ou distorcidas do outro e do ambiente.
	Clareza de comunicação/ Comunicação pouco clara ou distorcida	Troca clara de informações entre os membros da família, incluindo a necessidade de monitorar os processos de comunicação para esclarecer significados, intenções, entre outros. A falta de comunicação clara indica trocas de informações confusas ou vagas, comunicações paradoxais ou proibições de verificação de significado.
Estruturação de papeis	Reciprocidade de papeis/ Papéis pouco claros ou conflitos de papéis	Esse fator refere-se ao acordo mútuo sobre modelos comportamentais ou sobre as sequências em que um indivíduo desempenha o seu papel tendo em conta o papel do parceiro. Papéis pouco claros ou conflitos de papéis indicam a ausência de um acordo claro sobre a complementaridade de comportamentos entre os membros

	da família. Isto pode resultar num comportamento de papel pouco claro ou num conflito permanente entre comportamentos mal definidos.
Clareza dos limites intergeracionais/ Limites intergeracionais vagos ou interrompidos.	Os limites intergeracionais claros indicam uma especificação dos papéis recíprocos entre os membros da família, ou seja, as diferenças específicas entre as relações conjugais, paternas e fraternas. Limites intergeracionais difusos ou interrompidos indicam uma falta de clareza sobre dinâmicas de hierarquia do sistema familiar e prejudicam a formação de alianças saudáveis e construtivas favorecendo alianças disfuncionais entre os membros da família.

As oito dimensões são interdependentes e interagem através do ciclo de saúde familiar, representado na Figura 1 abaixo:

Figura 1

Ciclo de Saúde da Família de Barnhill (1979)



Nota: Ciclo de saúde familiar. Retirado de: Barnhill (1979, p.99), tradução livre para a Língua Portuguesa

Para o estudo desta dissertação, essas dimensões teóricas serviram como base para pensar relações interpessoais no geral, expandindo os conceitos para além do sistema familiar, com exceção da dimensão Limites intergeracionais claros. Elas também não foram consideradas como categóricas em que somente o saudável e o patológico são possíveis, mas como um espectro em que diversas possibilidades e gradações de níveis de saúde são possíveis.

As relações interpessoais, de forma geral, têm sido modificadas em função das interações online cada vez mais presentes, remodelando a forma como as pessoas se comunicam, conectam-se e mantêm laços sociais. Estudos indicam que a ascensão das redes sociais levou a um aumento na conectividade e a mudanças na qualidade das interações. Embora a internet facilite a manutenção de redes sociais mais amplas, ela também contribui para a diminuição da profundidade dessas relações (Hampton et al., 2011), o que explicaria a associação entre o aumento do uso das redes sociais e maiores sentimentos de isolamento social (Primack et al., 2017). Além disso, o uso generalizado de ferramentas de comunicação digital alterou as interações presenciais. Segundo Twenge e colegas (2018), a disponibilidade constante de comunicação online pode levar a um declínio na qualidade das interações presenciais, contribuindo para a diminuição da empatia e de conversas significativas.

A diferenciação entre apoio social e relações interpessoais se faz importante, uma vez que o primeiro não é apenas a junção do segundo. Como apoio social, é possível entender a relação de troca entre a pessoa e seu ambiente, envolvendo conforto, assistência, informação e, não menos importante, a percepção pessoal de que, com suas estratégias de estabelecer vínculos e os recursos oferecidos pelo ambiente, há proteção frente a situações de risco (Pierce et al., 1996). Apesar de importante ao longo de todo o desenvolvimento, o apoio social ganha destaque durante períodos de transição e mudança, os quais exigem adaptações do indivíduo a situações de estresse (Ronen et al., 2016; Snyder & Pearse, 2010; Usman et al., 2021).

O apoio social pode ser classificado quanto ao tipo de ajuda: emocional (expressões de cuidado e conforto), informacional (informações e orientações) ou instrumental (recursos, serviços e solução de problemas). Ele também é influenciado direta ou indiretamente pelas expectativas da pessoa sobre como os outros reagiram caso ela precise de ajuda, bem como pela relação das pessoas com o conjunto de sistemas e pessoas disponíveis que proporcionam

apoio e reforçam suas estratégias de enfrentamento, entendido como rede de apoio (Brito & Koller, 1999). A partir disso, autores apontam o apoio social como dividido em apoio disponível (pessoas ou instituições disponíveis), percebido (quem a pessoa percebe que lhe dá apoio) e recebido (quem de fato dá apoio) (Dunkel-Schetter et al., 1996; Pierce et al., 1996).

Pessoas com boas redes de apoio social e afetivo, que passaram por experiências prévias positivas com essa rede em situações de necessidade, tendem a ser mais competentes para estabelecer relações próximas e significativas, bem como para oferecer apoio e compor a rede de apoio de outras pessoas. Elas também tendem a ter uma capacidade maior para enfrentar eventos estressantes da vida (Brito & Koller, 1999). A qualidade, a adequação e a satisfação com o apoio social tendem a ser moderadamente estáveis ao longo da vida e generalizáveis a outras situações interpessoais (Gibson, 1992; Pierce et al., 1996).

Engajar-se em relações interpessoais, formar vínculos significativos com outras pessoas e construir uma rede de apoio também está relacionado a fatores do funcionamento cognitivo, tanto em nível individual quanto de espécie. Buscar entendê-los, portanto, é essencial para uma compreensão mais completa do fenômeno (Fiske & Taylor, 2021).

Funcionamento Neurocognitivo Subjacente às Relações Sociais

Os seres humanos são animais sociais (Fiske & Taylor, 2021). A teoria evolucionista das relações sociais traz que há vantagens evolutivas de residir em estruturas sociais extensas e protetoras, tais como melhor acesso a alimentos e recursos, proteção contra potenciais predadores e mais oportunidades de propagação e reprodução de genes (Pasquaretta et al., 2014; Schülke et al., 2010; Silk et al., 2010; C. Young et al., 2014). Um estudo realizado com primatas identificou uma relação positiva estreita entre o tamanho da rede social do animal com o tamanho e função das áreas cerebrais que sustentam o comportamento social, como aumento da substância cinzenta no sulco temporal médio-superior e no córtex pré-frontal rostral e aumento do acoplamento de atividade no córtex frontal e temporal (Sallet et al.,

2011). Essa associação pode ser o resultado de uma pressão seletiva que favorece o engajamento social como característica vantajosa (Taborsky & Oliveira, 2012). Neocórtices maiores podem ter evoluído em humanos como resultado de pressões sociais intensificadas (Dunbar, 1993, 1998). Pesquisas utilizando organismos modelo indicam que a interação social pode causar mudanças plásticas nas regiões de tomada de decisões sociais do cérebro e influenciar a expressão de certos genes (Williamson et al., 2016).

Dados de neuroimagem ofereceram evidências preliminares a favor da teoria de que as diferenças individuais na estrutura e função do cérebro estão correlacionadas com o ambiente social nos humanos. Esses estudos revelaram uma correlação positiva entre o tamanho e a complexidade da rede social de um adulto, medida pela variedade de contatos sociais e pela qualidade percebida destas ligações, e o volume de massa cinzenta da amígdala, as áreas que rodeiam o sulco temporal superior e o córtex pré-frontal medial — regiões cerebrais associadas aos sistemas afetivo e de mentalização (Bickart et al., 2011, 2012; Lamblin et al., 2017; Lewis et al., 2011; Powell et al., 2012; Von Der Heide et al., 2014). Para além disso, pessoas que fazem parte de redes sociais maiores e mais complexas são mais capazes de reconhecer e interpretar sinais não-verbais, bem como compreender as intenções e pontos de vista dos outros em situações sociais. Isto ocorre porque a complexidade social e o status dentro dos grupos de amizade se correlacionam positivamente com as habilidades sociocognitivas (Lewis et al., 2011; Muscatell et al., 2012; Powell et al., 2012).

O entendimento atual cognitivo-comportamental das relações interpessoais propõe que a maneira com a qual indivíduos percebem e interpretam eventos nos seus relacionamentos influencia profundamente a sua experiência emocional subjetiva e os comportamentos subsequentes (Beck, 1988; Gottman, 1995). Além disso, crenças e expectativas que os indivíduos têm sobre seus relacionamentos enviesam a maneira como se fala sobre o relacionamento e a avaliação de sua qualidade (Epstein & Baucom, 1993).

Na revisão realizada por Bradbury & Fincham (1990), indivíduos em relacionamentos saudáveis atribuem eventos positivos da relação a características internas, globais e estáveis do seu parceiro, enquanto indivíduos em relacionamentos sob estresse diminuem os comportamentos positivos do seu parceiro, atribuindo-os a fatores externos, específicos e instáveis. Esse fenômeno é chamado de atribuição causal, ou seja, o foco está no que ou em quem causa o evento ou a condição. O estudo também aponta a importância de atribuições de responsabilidade para a satisfação conjugal, ou seja, julgamentos que pressupõem uma atribuição causal e dizem respeito à responsabilidade de um indivíduo por algum evento. Ambos os tipos de atribuição predizem satisfação conjugal longitudinalmente e estão associados ao tipo de uso de estratégias de resolução de problemas (efetivas ou inefetivas).

A evidência empírica do modelo cognitivo causal acima ainda é incipiente. Nesse sentido, muda-se o foco dos estudos para entender as estruturas cognitivas (como as pessoas formam representações mentais das informações) e os processamento de informação ao invés do conteúdo cognitivo. Esse campo de estudo é conhecido como cognição social. Ele está relacionado à forma como a função cerebral ampara processos cognitivos intrínsecos ao comportamento, englobando um sistema complexo de processos que permitem comportamentos sociais adaptativos (de Siqueira Rotenberg et al., 2020). Os domínios mais estudados nesse campo de pesquisa são a percepção de pistas sociais, o compartilhamento de experiências, a teoria da mente e a experiência e regulação emocional (Green et al., 2015).

A percepção social é a primeira fase do processamento de informações que leva a uma avaliação precisa das intenções e disposições de outras pessoas (Allison et al., 2000). Já o compartilhamento de experiências se refere à capacidade de engajar-se em atividades sociais em comum e está bastante relacionado à capacidade de atenção compartilhada, por exemplo, quando duas pessoas focam em um mesmo objeto ou dão atenção a uma mesma conversa (Wolf, 2021). A teoria da mente pode ser entendido como a capacidade de retratar o próprio

estado mental e os dos outros (Happé et al., 2017), podendo ser dividido em um componente cognitivo, referente a capacidade de atribuir crenças, intenções e pensamentos aos outros, e um afetivo relativo a capacidade de inferir os sentimentos e emoções dos outros (Dehelean et al., 2021).

As habilidades de teoria da mente se desenvolvem na sua forma mais rudimentar no início da infância, até os quatro ou cinco anos (Rakoczy, 2022). Desde os primeiros meses de vida, os bebês demonstram percepção social na interação com humanos, além de comportamentos sociais coordenados, como interesse por estímulos visuais que lembrem faces (Rhodes et al., 2011) e em movimentos biológicos (Simion et al., 2008). Há, inclusive, evidência de que recém-nascidos são capazes de imitar gestos faciais (Meltzoff & Moore, 1977). Esses comportamentos, entretanto, não envolvem necessariamente a atribuição de estados mentais a outros; portanto, não fazem parte da teoria da mente (Rakoczy, 2022).

É ao final do primeiro ano de vida, conhecido como a revolução dos nove meses, que comportamentos básicos de teoria da mente começam a aparecer. Por exemplo, nessa idade, os bebês, no geral, começam a acompanhar o olhar e movimentos de cabeça relacionados a atenção e percepção do outro (Brooks & Meltzoff, 2002); levar em consideração o ponto de vista objetivo do outro; demonstrar entendimento de ação orientada a objetivos (Gergely & Csibra, 2003); engajar-se na imitação de comportamentos direcionados a objetivos utilizando objetos (Gergely et al., 2002). Esse marco é conhecido como *perception–goal psychology*, que envolve a atribuição de estados mentais simples, percepções e objetivos, e princípios de explicação e previsão de ação racional e teleológica. Ou seja, os bebês entendem que agentes diferentes veem coisas diferentes e buscam objetivos diferentes (Tomasello et al., 2005; Tomasello & Rakoczy, 2003).

Entre o segundo e o terceiro ano de vida, as crianças adquirem um entendimento mais flexível e com maior nuance sobre os diferentes objetivos e preferências de um agente

(Wellman & Liu, 2004). Acerca dos quatro anos, há mais um marco desenvolvimental, no qual estruturas conceituais novas emergem. É o início do desenvolvimento completo da característica metarrepresentacional da teoria da mente. Nesse contexto, as crianças adquirem habilidades para resolver tarefas de *false-belief*, ou seja, elas conseguem atribuir uma representação errônea subjetiva ao outro e explicar e prever suas ações de acordo (Gopnik & Astington, 1988; Wimmer, 1983) e perceber como um agente representa um objeto ou situação e, consequentemente, como ele irá agir. Isso indica que a criança adquire a habilidade de perceber a subjetividade da representação mental, marcando uma transição cognitiva importante, na qual emerge a capacidade de meta-representação conceitual. Nessa conjuntura, as crianças passam a entender que elas e os outros são agentes racionais, com perspectivas subjetivas do mundo que derivam da realidade, representam o mundo e podem diferir e até ser incompatíveis entre si (Rakoczy, 2022).

O desenvolvimento das habilidades de teoria da mente, todavia, não se interrompe aos quatro anos. A capacidade de compreensão de figuras de linguagem indireta, como ironia e sarcasmo, desenvolve-se no início dos anos escolares (Filippova & Astington, 2010). Já o entendimento de emoções complexas e mais sutis (como emoções falseadas ou escondidas) (Baron-Cohen et al., 2013; Blakemore, 2008), assim como recursos de ordem superior da meta-representação (Liddle & Nettle, 2006; O'Grady et al., 2015) desenvolvem-se do final da infância até a adolescência e a vida adulta. Essas diferentes formas de teoria da mente são mais sofisticadas e, por isso, requerem recursos mentais de atribuição de ordem superior (Zelazo, 2004). Ademais, há diferenças de gradação nas habilidades de teoria da mente que persistem na vida adulta (Conway et al., 2019). A teoria da mente, assim como outros construtos do funcionamento cognitivo humano, segue uma trajetória em formato de U, sendo a aquisição no desenvolvimento prolongada durante a infância e a adolescência, espelhada pelo declínio análogo em idades mais avançadas (Henry et al., 2013).

Tanto estudos com população clínica, como transtorno do espectro autista (Peterson et al., 2009) e esquizofrenia (Brune, 2005), quanto crianças com desenvolvimento típico (Slaughter et al., 2015) indicam que há associações significativas entre habilidades de teoria da mente e desfecho nas interações. A compreensão de cenários complexos (McKinnon & Moscovitch, 2007; Stone et al., 1998) e das necessidades dos outros (Caputi et al., 2012) possibilitada pela teoria da mente ajuda as pessoas a construir e manter relações sociais positivas. Boas habilidades de teoria da mente também reduzem o risco de mal-entendidos (Hughes & Leekam, 2004).

Relações Interpessoais e Saúde Mental

O conceito de saúde mental vai além da ausência de psicopatologias. Saúde mental pode ser considerada um estado dinâmico de equilíbrio interno no qual a pessoa possui habilidades cognitivas e sociais básicas, consegue reconhecer, expressar e modular suas próprias emoções, empatizar com os outros, lidar com eventos adversos de forma flexível e exercer funções sociais (Galderisi et al., 2015). Esses componentes interagem entre si em diferentes níveis, buscando dar conta tanto de estímulos internos quanto de externos de forma a promover a estabilidade interna (Galderisi, 2024; Galderisi et al., 2015). É importante colocar que a saúde mental não pressupõe ausência de sofrimento, mas está mais ligada à capacidade do indivíduo de lidar com tal (Galderisi, 2024)

Estudos têm mostrado que a qualidade dos relacionamentos está relacionada com a satisfação de vida em geral (Guarnieri et al., 2015; Ma & Huebner, 2008). De acordo com uma pesquisa estadunidense conduzida por Campbell (1976), a maioria das pessoas valoriza ter uma vida familiar feliz e amizades íntimas acima da estabilidade financeira. Além disso, a literatura aponta que a associação entre relações interpessoais e saúde mental é bidirecional (Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017; Gove & Tudor, 1973; Lucas et al., 2003; Proulx et al., 2007).

É possível observar esse fenômeno a partir do casamento, por exemplo. De acordo com a hipótese de seleção, as pessoas são mais propensas a escolher relacionamentos românticos se estiverem mentalmente bem, e não por causa da própria experiência de estar em um relacionamento (Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017). Estudos transversais demonstram que pessoas casadas têm melhor saúde mental do que pessoas solteiras (Gove & Tudor, 1973; Kessler & Essex, 1982). Alguns estudos que analisam este assunto longitudinalmente revelam que se tem uma melhor saúde mental antes de se casar (Mastekaasa, 1992) e que as pessoas casadas são mais felizes do que as pessoas solteiras antes de se casarem (Lucas et al., 2003). Estudos mais recentes, realizados durante a pandemia de COVID-19, demonstram que a satisfação de vida entre os indivíduos casados aumenta mais de acordo com o tempo investido com o cônjuge. Já entre os solteiros, a satisfação diminui à medida que passam mais tempo sozinhos (Hamermesh, 2020).

Em alternativa, a hipótese da experiência afirma que as experiências matrimoniais estão ligadas à saúde mental (Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017). Estudos demonstram que a qualidade do relacionamento é moderadora dos efeitos do status do relacionamento, ou seja, aqueles em relacionamentos gratificantes e saudáveis têm melhor saúde mental (Proulx et al., 2007), e a melhoria da qualidade do relacionamento vem antes das melhorias na saúde mental (Barbato & D'Avanzo, 2006). Além de ser casado ou não, o tipo de união (casamento ou coabitação) também parece trazer benefícios, provavelmente porque uniões mais estabelecidas institucionalmente, como o casamento, exigem um nível mais alto de compromisso (Dush & Amato, 2005; Soons & Kalmijn, 2009).

A partir disso, faz sentido presumir que as experiências e escolhas do casamento têm impacto na saúde mental. Uma revisão de literatura, entretanto, aponta que a direção causal tende a partir mais dos relacionamentos para a saúde mental do que vice-versa, ou seja, a saúde mental é o desfecho e os relacionamentos são o preditor (Braithwaite & Holt-Lunstad,

2017). Além disso, as relações interpessoais parecem ter um componente próprio, independente da saúde mental dos indivíduos, uma vez que o fortalecimento dos laços entre as pessoas melhora a saúde mental, mas os próprios relacionamentos nem sempre são fortalecidos por melhorias na saúde mental (Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017).

Em estudos realizados com amostras nacionalmente representativas dos indivíduos casados (mais de dois mil indivíduos estadunidenses cada), o sofrimento no relacionamento tem sido associado a uma maior probabilidade de transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias (Whisman, 2007), ideação suicida e tentativas de suicídio (Robustelli et al., 2015), transtornos alimentares (Arcelus et al., 2012) e transtornos de personalidade (South et al., 2008). Estudos prospectivos mostraram que a discórdia conjugal prediz transtornos futuros de humor, ansiedade e uso de substâncias (Newcomb, 1994; Overbeek et al., 2006; Whisman et al., 2006).

Também é possível observar o fenômeno na direção oposta, ou seja, considerando o impacto do sofrimento e de transtornos mentais nos relacionamentos. Um estudo realizado por South e colegas (2008) analisou a relação entre sintomas de transtornos mentais e sofrimento conjugal em 929 casais heterossexuais. Os achados principais indicam que tanto maridos quanto esposas que apresentavam sintomas internalizantes e externalizantes tinham um ajuste conjugal geral inferior. A magnitude desse impacto foi similar entre os gêneros. Além disso, não houve associação residual significativa entre transtornos mentais específicos e a qualidade do relacionamento após controlar os fatores internalizantes e externalizantes. O estudo também revelou que níveis mais elevados de sofrimento conjugal estavam associados à comorbidade de transtornos, sugerindo que o temperamento subjacente a esses espectros psicopatológicos contribui tanto para a piora da qualidade conjugal quanto para o desenvolvimento de sintomas psicológicos.

Nesse sentido, também é possível observar o impacto das relações iniciais tanto na saúde mental quanto nas relações interpessoais futuras. Experiências adversas na infância, dentre elas, abuso psicológico, físico e sexual, por parte dos cuidadores primários, são consideradas um dos fatores de risco mais comuns de problemas de saúde mental em crianças, adolescentes (Dauvermann et al., 2024) e adultos (Arango et al., 2021). Sabe-se que uma série de funções, incluindo questões comportamentais, cognitivas e interpessoais (tais como desregulação emocional e disfunção de controle inibitório, baixa autoestima, aumento da agressividade e criminalidade), é afetada negativamente por tais eventos (Danese et al., 2007; Egeland, 2009; Majer et al., 2010; Nanni et al., 2012; Wright et al., 2009; Yates & Wekerle, 2009). Esses também aumentam a vulnerabilidade ao estresse psicológico e ao isolamento, o que, por sua vez, torna essas crianças e adolescentes mais sensíveis ao estresse inerente às relações interpessoais e aumenta as chances de se envolverem em relações negativas entre pares (Van Harmelen et al., 2016).

O impacto positivo das relações na saúde mental também pode ser observado. Estudos mostram que a rede de apoio e amizades percebidas desempenham um efeito benéfico no funcionamento da resiliência em adolescentes (Van Harmelen et al., 2017). A boa qualidade percebida de tais relações foi significativamente associada à redução de sintomas depressivos (Van Harmelen et al., 2016) e melhor funcionamento da resiliência em adolescentes com experiências adversas na infância, inclusive experiências familiares adversas (Van Harmelen et al., 2021).

A partir disso, é possível pensar na hipótese do amortecimento do estresse social (tradução livre de *social stress buffering*) (Gunnar, 2017; Kaplan et al., 1977). De acordo com esta teoria, o apoio social presente subjetivamente "amortece" ou diminui os possíveis impactos negativos de situações estressantes (Doom et al., 2017; Hennessy et al., 2009). Ter apoio social durante um evento estressante, como uma tarefa estressante, pode servir como

um “amortecedor social” para adolescentes, diminuindo seus níveis de estresse e, consequentemente, a resposta ao estresse do cortisol (sistema hipotálamo-hipófise/sistema adrenocortical) (Gunnar & Hostinar, 2015). Evidências longitudinais apontam que a qualidade das amizades na adolescência está associada a uma maior resiliência e a reações afetivas mais intensas à inclusão social na vida adulta. Amizades de boa qualidade foram também associadas a uma ativação aumentada do córtex pré-frontal dorsomedial em situações de exclusão social, indicando que essas relações podem amplificar a sensibilidade a interações sociais positivas e ajudar na regulação emocional frente a experiências negativas (Dauvermann et al., 2024).

Relações Interpessoais e Apoio Social no Contexto dos Transtornos Mentais

Muitos transtornos psiquiátricos, como transtorno depressivo maior (George et al., 1989), transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico com ou sem agorafobia (Palardy et al., 2018), transtorno de ansiedade social (Barnett et al., 2021; Torgrud et al., 2004), transtorno de estresse pós-traumático (Brewin et al., 2000; Campbell, 1976; Platt et al., 2014) transtorno bipolar (Greenberg et al., 2014a; Studart et al., 2015), esquizofrenia (Beels, 1981; Buchanan, 1995) e transtornos de personalidade (Beeney et al., 2018; Wilberg et al., 2009), foram associados a indicativos de baixo apoio social. Inclusive, prejuízos no funcionamento social fazem parte dos critérios diagnósticos para transtornos mentais segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5a Edição Revisada- DSM V-TR (American Psychiatric Association, 2023) e a Classificação Internacional de Doenças 11ª revisão- CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2024).

Níveis mais baixos de apoio social funcional estão associados a diagnósticos de transtornos de humor e ansiedade, conforme o DSM-V (Stewart et al., 2022) e também há uma associação entre baixo nível de suporte social e mais de um diagnóstico de transtornos mentais (Chou et al., 2011; Moak & Agrawal, 2010)**.** O estudo de Zlotnick e colegas (2000) ,

utilizando dados do National Comorbidity Survey, mostrou que indivíduos com transtorno depressivo maior atual têm relacionamentos de qualidade inferior com seus cônjuges ou parceiros em comparação com aqueles com transtornos não afetivos.

Além disso, identificaram-se diferenças entre indivíduos com transtorno depressivo maior atual e aqueles com transtornos não afetivos em termos de interações conjugais positivas e negativas, mas não foram observadas diferenças significativas no funcionamento interpessoal entre indivíduos com depressão e os que não buscaram tratamento, nem entre depressão maior e distimia. Esses resultados destacam que a depressão compromete a qualidade das relações, sem necessariamente afetar o funcionamento interpessoal geral. Ademais, o transtorno depressivo maior e o transtorno depressivo persistente também são indicados como os transtornos mais significativos na previsão do apoio social funcional.

O apoio social também parece influenciar a disponibilidade para tratamentos de saúde. Um estudo qualitativo realizado por Jameel e colegas (2020) apontou a família como uma importante aliada na tomada de decisões do tratamento, na busca por ajuda e no compartilhamento de problemas. As amizades também aparecem como figuras de apoio importantes, porém, em menor frequência. O papel do médico psiquiatra, do psicoterapeuta e do ambiente hospitalar também foi apontado como de grande importância para o engajamento no tratamento. A presença de apoio social também foi relatada como fonte de emoções positivas e diminuição do estresse e da agressividade nos pacientes.

Relações Interpessoais e Apoio Social no Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar é uma condição de saúde mental complexa e multifacetada, caracterizada por alterações extremas de humor, incluindo episódios depressivos e maníacos (transtorno bipolar tipo I)/hipomaníacos (transtorno bipolar tipo II). Esses episódios podem variar desde intensa euforia, aumento de energia e irritabilidade durante as fases

maníacas/hipomaníacas, até sentimentos de tristeza, letargia e desesperança durante as fases depressivas (American Psychiatric Association, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022) 1 em cada 150 adultos (40 milhões de pessoas, ou 0,53% da população global) vivia com transtorno bipolar. Há pessoas que apresentam sintomas subsindrômicos, que não atendem totalmente aos critérios do transtorno bipolar, mas ainda são afetadas significativamente (Vieta et al., 2018). Apesar dos avanços nos tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos, muitos indivíduos com transtorno bipolar continuam a apresentar sintomas persistentes e altas taxas de recaída e de hospitalização. A natureza crônica da doença costuma necessitar de tratamento ao longo da vida para minimizar o seu impacto no funcionamento diário e os prejuízos psicossociais (Miklowitz et al., 2021; Vieta et al., 2011).

Prejuízos cognitivos também são comuns em indivíduos com transtorno bipolar (Keramatian et al., 2021; Montejo et al., 2022; Robinson et al., 2006; Samamé et al., 2014), como dificuldades de memória (Elgamal et al., 2008), funcionamento executivo (Dickinson et al., 2017), atenção (Camelo et al., 2013) e fluência verbal (Raucher-Chéné et al., 2017). Estes desafios cognitivos contribuem para a incapacidade global associada à doença e podem dificultar os esforços de recuperação. Mesmo quando os indivíduos estão num estado eutímico, muitas vezes relatam níveis mais baixos de funcionamento e bem-estar em comparação com aqueles com outras condições médicas crónicas ou mesmo com transtorno depressivo maior (Robinson et al., 2006; Volkert et al., 2016).

Pessoas com transtorno bipolar normalmente possuem menos apoio social e pior qualidade de relações sociais, enfrentando dificuldades nos relacionamentos (Breyer et al., 2003; Coryell et al., 1998; Morriss et al., 2007). Durante episódios maníacos, os indivíduos podem envolver-se em comportamentos de risco, experimentar pensamentos acelerados e exibir um sentimento inflado de autoestima, o que pode levar a conflitos nas relações sociais

(Owen et al., 2017). Por outro lado, os episódios depressivos são marcados por diminuição de energia, perda de interesse nas atividades, dificuldade de concentração e sentimentos de inutilidade, o que pode contribuir para o afastamento social e o sentimento de solidão (Lee et al., 2022; Pike et al., 2024).

Rupturas nos relacionamentos familiares, sociais e de trabalho também são encontradas em pacientes eutímicos (Robb et al., 1997). De acordo com Angst (Angst, 1998), os pacientes com transtorno bipolar II têm uma taxa de divórcio três a seis vezes maior do que os dos controles. Ademais, os familiares e cuidadores relatam suportar uma carga significativa, frequentemente correlacionada ao grau de depressão da pessoa afetada (Ostacher et al., 2008). Além da natureza episódica do transtorno, que tende a causar desordem, os limites sociais associados ao transtorno decorrem da capacidade prejudicada dessas pessoas de formar vínculos estáveis (Greenberg et al., 2014).

Dessa forma, pessoas com transtorno bipolar acabam por viver mais sozinhas (Giacco, 2023). Uma meta-análise recente identificou a solidão como um preditor de pensamentos e comportamentos suicidas futuros (McClelland et al., 2020), o que é um dado mais alarmante no contexto de transtorno bipolar considerando que a taxa de suicídio no transtorno bipolar é de 20 a 30 vezes maior do que na população em geral (Plans et al., 2019), e está entre as mais altas em todas as condições psiquiátricas (Miller & Black, 2020). Entre 4% e 19% dos pacientes com transtorno bipolar morrem por suicídio (Dome et al., 2019), até 50% tentam o suicídio pelo menos uma vez na vida e aproximadamente 79% experimentam ideação suicida durante fases depressivas do transtorno (Miller & Black, 2020). Assim, é importante compreender os mecanismos associados a essa falta de conexão social, pois ela é uma variável modificável relevante para o risco de suicídio.

Seguindo a linha da bidirecionalidade entre o transtorno e as relações, estudos trazem o impacto das relações na sintomatologia do transtorno bipolar. Viver numa família

estruturada foi associado a taxas mais rápidas de recuperação entre pré-adolescentes e adolescentes com transtorno bipolar (Geller et al., 2002), enquanto relações maternas ruins estavam associadas a recorrências mais rápidas após a recuperação da mania (Geller et al., 2004). As relações interpessoais afetam os sintomas do transtorno bipolar: famílias estruturadas favorecem a recuperação (Geller et al., 2002), enquanto relações parentais ruins e estresse crônico em relacionamentos familiares e românticos agravam os sintomas de humor (Kim et al., 2007).

No contexto familiar, especificamente, parentes de primeiro grau, como pais, irmãos ou filhos de pessoas com transtorno bipolar, muitas vezes compartilham endofenótipos neurocognitivos, como déficits cognitivos, alterações no processamento emocional ou padrões cerebrais atípicos, que indicam uma predisposição genética ao transtorno (Diaz et al., 2022). Esses endofenótipos podem sugerir que, embora os familiares não tenham desenvolvido o transtorno bipolar, ainda possuem características subclínicas (Hasler et al., 2006), o que poderia contribuir para relações interpessoais conflituosas.

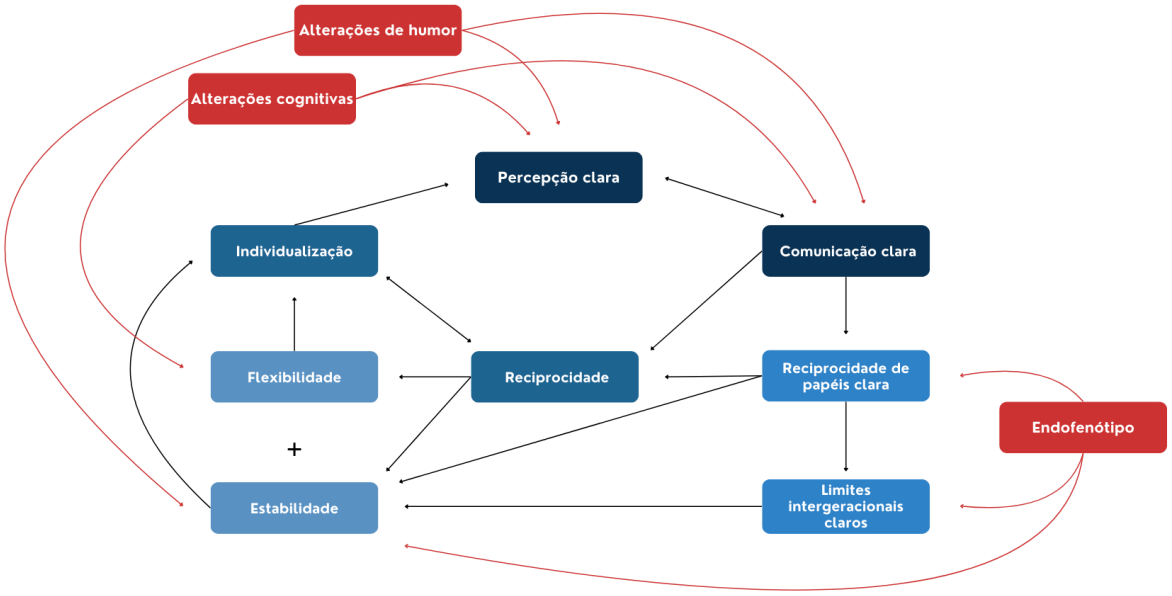
O estigma social também se apresenta como um fator que dificulta as relações interpessoais. Pessoas com transtorno bipolar que participaram do estudo qualitativo realizado por Owen e colegas (2017) relataram que estereótipos negativos, principalmente disseminados pelas mídias, criam expectativas errôneas sobre como uma pessoa com transtorno bipolar se comportaria no imaginário das pessoas, influenciando a forma como elas a tratam. Esse estudo também traz resultados em uma perspectiva pouco explorada pela literatura de transtorno bipolar: os impactos positivos das relações. De acordo com os participantes, o apoio social foi um fator-chave para ajudá-los a lidar com os desafios de aceitar o diagnóstico. Além disso, a capacidade de enfrentamento pessoal foi reforçada quando outros demonstraram empatia e compreensão pelas experiências que tiveram relacionadas ao seu transtorno bipolar. As amizades também desempenharam um papel

importante ajudando os participantes a desafiar seus pensamentos negativos, por exemplo, interrompendo a ruminação negativa egocêntrica e reforçando autoavaliações mais positivas.

A partir disso, é possível pensar um modelo de possíveis interferências decorrentes do transtorno bipolar nas oito dimensões previamente citadas de saúde dos relacionamentos, conforme a Figura 2 abaixo:

Figura 2

A Interação do Transtorno Bipolar no Ciclo de Saúde das Relações



Processos de identidade

Processos de troca entre as pessoas

Processamento de informações

Estruturação de papeis

Características do transtorno bipolar

Nota:. Imagem adaptada a partir de Barnhill (1979).

Os estudos no campo da psicopatologia, e consequentemente dos indivíduos com transtornos mentais, são historicamente predominados pelo campo do saber médico,

especificamente da psiquiatria. Nesse contexto, as relações interpessoais e o apoio social acabam sendo englobados, e por vezes apagados, pelo constructo do funcionamento social. Como definido por Bosc (2000), o funcionamento social se refere às interações do indivíduo com o seu ambiente e à habilidade de cumprir com o seu papel nesses diferentes ambientes, como trabalho, atividades sociais e relacionamentos interpessoais.

Olhar para o funcionamento social pode ser importante na tentativa de definir a etiologia e patogênese dos transtornos mentais, além de compreender melhor as características de transtornos específicos, avançando o conhecimento do campo psicopatológico como um todo. Em um nível individual, entretanto, olhar para as relações interpessoais e como elas se dão pode ser uma forma mais efetiva de compreender as dificuldades dessas pessoas e suas famílias, bem como o sofrimento envolvido quando características inerentes ao transtorno se encontram com a complexidade das relações. Nesse contexto, também é possível pensar que o olhar mais aprofundado para os sujeitos e suas relações possa trazer apontamentos e questionamentos que ajudem a pensar a prática clínica e intervenções com essas populações, além de ajudar a dar sentido para essas experiências vividas através da prática científica.

Problemas de Pesquisa

A qualidade das relações interpessoais está relacionada a marcadores da doença (como número de episódios, hospitalizações, responsividade ao lítio…) em pessoas com transtorno bipolar em eutimia? Como essas relações interpessoais se deram ao longo da trajetória desenvolvimental do transtorno nessas pessoas? Como podemos perceber a relação bidirecional entre a qualidade das relações interpessoais e o sofrimento subjetivo advindo do transtorno?

Objetivos

Objetivo Geral

Investigar como as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com transtorno bipolar em função de características típicas do quadro e do seu processo individual de desenvolvimento do transtorno impactam a qualidade das suas relações familiares, conjugais e de amizade.

Objetivos Específicos

- Compreender como se dão as relações interpessoais no contexto do transtorno bipolar pela perspectiva da pessoa que vive com esse transtorno, valorizando as experiências individuais.
- Compreender quais as possíveis influências de alterações cognitivas, de humor e de aspectos de endofenótipo advindos do transtorno bipolar nas oito dimensões do ciclo de saúde familiar de Barnhill (1979), adotando essa perspectiva teórica para outras relações interpessoais.

Capítulo II

Artigo Empírico

Nota: A versão completa deste artigo será disponibilizada no Lume - Repositório Digital da UFRGS após a sua publicação em revista, no prazo máximo de dois anos desde seu envio ao repositório.

Beyond the Family System: An Expanded Theoretical Model of Interpersonal Relationship Quality in Bipolar Disorder

Laura Canani[1], Luana Andrade Deichel[1], Adriane Ribeiro Rosa[2], Giana Bitencourt Frizzo[1], Letícia Sanguinetti Czepielewski[1]

[1]Cognition and Psychopathology Laboratory, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

[2]Laboratory of Molecular Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Abstract

Individuals with Bipolar Disorder (BD) experience functional impairments in social and interpersonal domains. Mental health and interpersonal functioning are bidirectionally related, with interpersonal difficulties worsening symptoms and BD features shaping relationship quality. Identifying determinants of interpersonal relationship quality remains challenging due to the lack of theoretical models that capture the diversity of relationship forms. Therefore, this study aimed to examine how condition-related characteristics and individual developmental trajectories in BD influence the quality of family, marital, and friendship relationships, as well as their bidirectional dynamics. A cross-sectional multiple case study design was adopted, involving eight euthymic individuals diagnosed with BD. Data were collected through semi-structured interviews exploring interpersonal relationships across life stages and analyzed via codebook thematic analysis, guided by Barnhill's Healthy Family Cycle. The resulting theoretical model consisted of 20 themes and 19 subthemes

across six domains: Identity Processes, Change, Information Processing, Role Structuring, BD-Related Characteristics, and Impact of Treatments or Interventions. Change emerged as the dominant domain, while the Endophenotype theme showed high empirical density, highlighting the impact of relatives' psychopathological traits on relational health. While mania was associated with conflict and physical violence, supportive interpersonal relationships promoted treatment engagement and relational resilience. The study expands the understanding of relational quality in BD beyond family to include friendships and broader affiliations. The findings emphasize the need for clinical interventions that involve the patient's social circle to mitigate caregiver burden, manage stigma, and address the significant impact of shared familial vulnerabilities and trauma.

Keywords: Bipolar Disorder, Interpersonal Relations, Qualitative Research, Family Relations, Social Support, Endophenotypes, Psychosocial Functioning

Introduction

Bipolar Disorder (BD) is a complex mental health condition characterized by depressive and manic/hypomanic episodes (American Psychiatric Association, 2023). Despite treatment advances, many individuals with BD still experience persistent symptoms, frequent relapse, hospitalization, and cognitive impairments (Keramatian et al., 2021), leading to reductions in functioning (Léda‐Rêgo et al., 2020) .

BD's functional deficits occur across a broad domain range, including work, employment, social, psychological, physical, and environmental ones (Léda‐Rêgo et al., 2020). Within the social functioning domain, individuals with BD tend to have fewer social interactions and narrower social networks than healthy controls (Studart‐Bottó et al., 2023). These deficits are related to clinical factors. Depressive episodes and subsyndromal depressive symptoms have strong associations with diminished work performance, family relationships, and social engagement (Bonnín et al., 2026). Conversely, manic or hypomanic symptoms have not consistently been correlated with changes in social functioning (Mignogna & Goes, 2024).

Assessing social functioning indicates how effectively an individual engages in social environments and fulfills expected roles across different contexts (Orhan et al., 2020). However, it does not elucidate the mechanisms underlying these impairments or provide an overview of the characteristics and nature of these relationships at the individual level. Conceptually, interpersonal relationships (IR) are sustained interactions between two individuals in which changes in one's actions, thoughts, or emotions reciprocally influence the other, fulfilling the human needs of emotional attachment and belonging (Dwyer, 2013; Vangelisti & Perlman, 2018). Throughout a lifetime, one can experience relationships from four main categories: affiliation, friendship, family, and romance (Dwyer, 2013).

Establishing the determinants of IR quality remains challenging, given the lack of theoretical models that encompass the wide variety of relationships. Historically, studies have tended to focus more on indicators of marital and family quality (Cusinato, 1992). Within this scope, Barnhill's theory (1979) understands the family as a health and psychopathology promoting system, describing eight polarized interdependent dimensions fundamental to healthy family functioning (e.g., Individuation/Enmeshment; Flexibility/Rigidity) divided into four domains, further detailed in Supplementary Table 1.

Interestingly, interpersonal functioning and mental health influence each other bidirectionally over time (Arango et al., 2021; Dauvermann et al., 2024). Individuals with BD frequently experience attenuated social support and diminished quality of IRs, facing considerable challenges in sustaining social connections (Studart‐Bottó et al., 2023). Additionally, family members and caregivers frequently experience substantial burden (Shokrgozar et al., 2022). Moreover, first-degree relatives often share endophenotypes, including cognitive deficits, alterations in emotional processing, and atypical brain patterns (Diaz et al., 2022), which may suggest that, although family members have not developed BD, they still possess subclinical characteristics (Guglielmo et al., 2021) that could contribute to interpersonal conflicts.

Conversely, little is known about the positive impacts of relationships in the BD course. Social support appears crucial in helping BD patients cope with the challenges of accepting the diagnosis. Empathy and understanding for their BD-related experiences strengthen individual coping skills, while friendships help interrupt rumination and foster more positive self-evaluations (Owen et al., 2017).

From this, it is possible to conceive of a model of potential interferences arising from BD, including mood episodes, cognitive impairments, and endophenotype, in the eight dimensions of relationship health, broadening and deepening the social functioning construct.

In the present study, we considered Barnhill's theoretical dimensions to provide a conceptual framework for examining IRs beyond the family system. The dimensions were conceptualized as a continuum, encompassing a wide range of healthy-pathological psychosocial functioning states. We aimed to investigate how BD-related difficulties and individual developmental trajectories affect the quality of family, marital, and friendship relationships as well as their bidirectional nature.

Capítulo III

Considerações Finais

Posicionalidade e Reflexividade da Pesquisadora

A autora é psicóloga e mestranda em Psicologia, com atuação clínica em psicoterapia, especialmente a partir da Terapia Cognitivo-Comportamental e da Terapia do Esquema, além de ter experiência em avaliação psicológica e psicodiagnóstico. Sua trajetória acadêmica é marcada por envolvimento contínuo com pesquisa qualitativa e psicopatologia. Atuou por quatro anos como bolsista de iniciação científica em estudos qualitativos sobre relações familiares, inicialmente no contexto do uso de telas por bebês e das estratégias familiares de manejo e adaptação, o que contribuiu para o desenvolvimento de habilidades em condução de entrevistas em profundidade e análise temática. Posteriormente, dedicou dois anos à pesquisa em psicopatologia, com foco na cognição social no transtorno bipolar, investigando vieses de identificação emocional, reconhecimento de valências emocionais em expressões faciais e déficits em teoria da mente, temática que também orientou seu trabalho de conclusão de curso.

No âmbito profissional, a autora construiu sua trajetória clínica a partir de estágios voltados ao atendimento de pessoas com transtorno do espectro autista ao longo do ciclo vital, o que aprofundou sua sensibilidade para dificuldades sociocognitivas, necessidades emocionais básicas e dinâmicas familiares. Atualmente, seu foco clínico recai sobre adultos neurodivergentes, incluindo pessoas autistas, com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e altas habilidades/superdotação, mantendo também atuação clínica com pacientes diagnosticados com transtorno bipolar. Essa combinação entre prática clínica e pesquisa acadêmica influenciou tanto a formulação das questões de pesquisa quanto a leitura dos dados empíricos, favorecendo uma escuta atenta aos processos relacionais e ao sofrimento subjetivo.

Em relação aos participantes, a pesquisadora ocupou uma posição de *outsider*, estabelecendo contato exclusivamente durante as entrevistas. Embora fosse reconhecida como psicóloga, esta foi sua primeira experiência em um hospital universitário, o que implicou desafios relacionados à burocracia institucional, à organização do ambulatório e à inserção em uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras e residentes. Essas dificuldades iniciais demandaram um processo de adaptação e aprendizagem, influenciando o ritmo da coleta de dados e a disponibilidade dos participantes, como faltas, remarcações frequentes e interrupções no processo de recrutamento.

Os pressupostos éticos e valores pessoais da autora, como justiça social, igualdade de gênero, antirracismo, empatia e sensibilidade, orientaram sua postura durante todo o estudo, especialmente na condução das entrevistas com participantes em situação de vulnerabilidade. Do ponto de vista teórico, o estudo foi ancorado principalmente na Psicologia Sistêmica, a partir da teoria de Barnhill (1979), que fundamentou a construção inicial do modelo analítico. Esse referencial dialogou com contribuições da Psicologia Cognitiva (A. T. Beck & Clark, 1991), da Teoria do Apego de Bowlby (1989) e do conceito de necessidades emocionais básicas da Terapia do Esquema (Young et al., 2008), ampliando a compreensão dos processos relacionais ao longo do desenvolvimento.

A condução das entrevistas revelou contrastes importantes em relação às experiências prévias da pesquisadora com participantes saudáveis e altamente escolarizados. No contexto hospitalar, muitos participantes apresentaram respostas breves, dificuldades de elaboração narrativa, lentificação do pensamento e, por vezes, perda do fluxo de raciocínio, o que tornou as entrevistas mais fragmentadas e exigentes emocionalmente. Em alguns casos, os participantes demonstraram ativação emocional significativa, demandando interrupções para acolhimento. Diante desses desafios, a pesquisadora adotou uma postura flexível, ajustando o

número e a complexidade das perguntas, respeitando limites subjetivos e priorizando o bem-estar dos participantes.

A reflexividade foi sustentada por discussões sistemáticas entre as duas entrevistadoras (a autora e a aluna de iniciação científica do curso de Psicologia) após a realização das entrevistas, com compartilhamento de impressões, afetos e hipóteses iniciais, bem como por reuniões regulares com as professoras orientadora e co-orientadora, com expertises complementares em psicopatologia e cognição e relações familiares respectivamente. Embora tenha havido, em determinado momento, frustração quanto à aparente limitação do material empírico, o processo analítico revelou-se mais rico e complexo do que inicialmente esperado, resultando em um modelo teórico denso e multifacetado, cujo principal desafio passou a ser a restrição de espaço para discussão aprofundada dos achados.

Síntese e Integração dos Achados

Em linhas gerais, esta dissertação abrange a complexidade das relações interpessoais no contexto do transtorno bipolar, demonstrando que a qualidade dessas relações é indissociável dos marcadores da doença e da trajetória desenvolvimental do indivíduo. Pode-se considerar que o estudo atingiu plenamente o seu objetivo geral, uma vez que investigou de forma sistemática como as características típicas do transtorno bipolar impactam as relações familiares, conjugais e de amizade através de um modelo teórico multifacetado.

As perguntas de pesquisa foram respondidas positivamente, fundamentadas na riqueza dos dados qualitativos coletados. Primeiramente, a pesquisa demonstrou que a qualidade das relações está, de fato, relacionada a marcadores da doença. Embora o estudo não tenha buscado correlações estatísticas, ele identificou qualitativamente como eventos como

hospitalizações e episódios de humor podem mobilizar ou afastar a rede de apoio, influenciando a percepção de estabilidade relacional.

Quanto à trajetória desenvolvimental, a pergunta foi respondida por meio da exploração de diferentes fases da vida e do transtorno (infância, adolescência, vida adulta, durante e após episódios de humor) nas entrevistas, permitindo observar fenômenos como a parentificação precoce e o impacto do diagnóstico na continuidade dos vínculos. No entanto, essa investigação revelou desafios metodológicos significativos. Observou-se uma dificuldade acentuada dos participantes em acessar e relatar experiências da infância e adolescência. Essas limitações podem decorrer de uma combinação de fatores, incluindo prejuízos cognitivos inerentes ao próprio transtorno bipolar (como falhas de memória episódica), dificuldades de elaboração simbólica e uma escassez de riqueza de detalhes sobre eventos remotos (Silva et al., 2021). Em alguns casos, a própria compreensão das questões da entrevista parece ter sido afetada por essas barreiras, o que exigiu uma postura sensível e flexível por parte da pesquisadora.

A relação bidirecional, ponto central da investigação, ficou evidente ao mostrar que, se por um lado o transtorno bipolar impõe barreiras à interação social, como prejuízos na funcionalidade, isolamento social advindo dos episódios depressivos e irritabilidade e comportamentos violentos advindos dos episódios de mania, que acabam por tensionar os vínculos, por outro, o suporte interpessoal emerge como um fator significativo para o enfrentamento da doença. Nossos resultados sobre a estabilidade dos sistemas relacionais revelam que o suporte social é fundamental para o engajamento no tratamento e que ter vínculos que componham um espaço de acolhimento e fortalecimento em momentos de crise é crucial para a manutenção da eutimia. Em termos emocionais, pertencer a vínculos capazes de perdurar e se adaptar às novas necessidades da relação após o diagnóstico e combater

estigmas associados ao transtorno pareceu compor experiências subjetivas de segurança, aceitação e valorização aos participantes.

Nossos resultados também apontam que os indicadores de saúde individual e as competências subjetivas do paciente estão ligados à qualidade das relações interpessoais. Temas como a autonomia e aspectos da personalidade emergiram como importantes aspectos que influenciam a capacidade do indivíduo de estabelecer limites e manter vínculos equilibrados. Além disso, a capacidade individual de identificar e comunicar sintomas revelou-se um aspecto considerável na modulação do suporte social; quando o paciente possui essa autopercepção desenvolvida, a rede de apoio tende a atuar de forma mais coordenada e menos invasiva, reduzindo o estigma e prevenindo conflitos gerados por mal-entendidos durante as oscilações de humor. Assim, o modelo teórico aponta que o fortalecimento desses recursos internos é essencial para a saúde das relações, confirmando a bidirecionalidade entre o funcionamento individual e o bem-estar relacional.

Um ponto importante demonstrado nos nossos resultados é que, embora o transtorno imponha desafios específicos, a vivência das pessoas com essa condição não é totalizada pela psicopatologia. É essencial entender que o transtorno é apenas uma parte da vida do indivíduo. O modelo proposto integra temas que refletem a experiência humana comum, incluindo aspectos como fofoca, ciúmes e inveja, e a capacidade de compartilhar amor e alegria através de interações significativas, como as brincadeiras no contexto da infância. Esses achados enfatizam que os participantes compartilham uma base de experiências relacionais potencialmente universais com a população em geral. Ao documentar que componentes saudáveis de reciprocidade e flexibilidade coexistem com as dificuldades clínicas, o modelo amplia o constructo de funcionamento social para além do viés da patologia. Consequentemente, essa estrutura teórica não se limita ao contexto do transtorno

bipolar, oferecendo uma base sólida para ser testada, validada e ampliada no estudo da qualidade das relações interpessoais em diversas outras populações e contextos culturais

Limitações e Perspectivas futuras

A diversidade de perspectivas pretendida para este estudo não pôde ser plenamente alcançada devido aos desafios de recrutamento e ao prazo de conclusão do mestrado. Especificamente, não foi possível cumprir as cotas planejadas para participantes do sexo masculino que fossem casados ou jovens adultos em estado de eutimia, o que restringiu a pluralidade de visões dentro dessas interseções demográficas definidas. Além disso, as dificuldades cognitivas frequentemente associadas ao transtorno bipolar ocasionalmente apresentaram desafios durante o processo de entrevista, impactando a fluidez e a profundidade de certas narrativas.

Os dados também indicam que a investigação poderia ter se beneficiado de uma triangulação metodológica mais robusta. A ausência de instrumentos de avaliação cognitiva ou de entrevistas com outros membros da rede social dos participantes (como familiares, amigos e parceiros) limita a análise a uma visão de perspectiva única, não permitindo maiores associações com o funcionamento cognitivo e com outras perspectivas sobre as dinâmicas relacionais discutidas. O acesso às experiências da infância e adolescência também foi dificultado pela imprecisão do relato retrospectivo e por falhas de memória dos participantes, sugerindo que estudos longitudinais poderiam oferecer dados mais fidedignos sobre a trajetória desenvolvimental.

Uma perspectiva futura essencial é a validação e o teste deste modelo em amostras populacionais clínicas maiores e em outras amostras diversas. Investigar como os temas identificados se manifestam em diferentes contextos culturais e etapas do desenvolvimento humano permitirá refinar as dimensões de saúde relacional propostas. Ademais, a emergência de temas relacionados a experiências de violência e traumas sugere a necessidade de

pesquisas futuras que foquem especificamente na eficácia de intervenções clínicas voltadas à segurança e à integridade pessoal nessa população.

A partir dos dados levantados, percebe-se a necessidade de desenvolver, refinar e incentivar intervenções que envolvam o círculo social do paciente, adaptando-as para incluir não apenas a família, mas também amigos e redes de apoio comunitárias. Outro ponto significativo é o desenvolvimento de pesquisas mais amplas que possam embasar intervenções para diminuição do estigma, promovendo uma melhora efetiva na qualidade de vida interpessoal de indivíduos com transtorno bipolar e das pessoas importantes de suas vidas.

Referências

Adams, R. G. (1986). A look at friendship and aging. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, *10*(4), 40–43.

Allison, T., Puce, A., & McCarthy, G. (2000). Social perception from visual cues: Role of the STS region. *Trends in Cognitive Sciences*, *4*(7), 267–278. https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01501-1

American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5a edição-texto revisado). Artmed.

Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, *50*, 143–151.

Arango, C., Dragioti, E., Solmi, M., Cortese, S., Domschke, K., Murray, R. M., Jones, P. B., Uher, R., Carvalho, A. F., Reichenberg, A., Shin, J. I., Andreassen, O. A., Correll, C. U., & Fusar‐Poli, P. (2021). Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: An evidence‐based atlas. *World Psychiatry*, *20*(3), 417–436. https://doi.org/10.1002/wps.20894

Arcelus, J., Yates, A., & Whiteley, R. (2012). Romantic relationships, clinical and sub-clinical eating disorders: A review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, *27*(2), 147–161. https://doi.org/10.1080/14681994.2012.696095

Barbato, A., & D'Avanzo, B. B. (2006). Marital therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004188.pub2

Barnett, M. D., Maciel, I. V., Johnson, D. M., & Ciepluch, I. (2021). Social Anxiety and Perceived Social Support: Gender Differences and the Mediating Role of Communication Styles. *Psychological Reports*, *124*(1), 70–87. https://doi.org/10.1177/0033294119900975

Barnhill, L. R. (1979). Healthy Family Systems. *The Family Coordinator*, *28*(1), 94. https://doi.org/10.2307/583274

Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., & Lombardo, M. (Eds.). (2013). *Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience* (Third edition). Oxford University Press.

Beck, A. (1988). *Love is never enough*. Harper & Row.

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1991). Anxiety and Depression: An Information Processing Perspective. In *Anxiety and Self-Focused Attention* (1st ed.). Routledge.

Beels, C. C. (1981). Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *7*(1), 58–72. https://doi.org/10.1093/schbul/7.1.58

Beeney, J. E., Hallquist, M. N., Clifton, A. D., Lazarus, S. A., & Pilkonis, P. A. (2018). Social disadvantage and borderline personality disorder: A study of social networks. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *9*(1), 62–72. https://doi.org/10.1037/per0000234

Bickart, K. C., Hollenbeck, M. C., Barrett, L. F., & Dickerson, B. C. (2012). Intrinsic Amygdala–Cortical Functional Connectivity Predicts Social Network Size in Humans. *The Journal of Neuroscience*, *32*(42), 14729–14741. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1599-12.2012

Bickart, K. C., Wright, C. I., Dautoff, R. J., Dickerson, B. C., & Barrett, L. F. (2011). Amygdala volume and social network size in humans. *Nature Neuroscience*, *14*(2), 163–164. https://doi.org/10.1038/nn.2724

Blakemore, S.-J. (2008). The social brain in adolescence. *Nature Reviews Neuroscience*, *9*(4), 267–277. https://doi.org/10.1038/nrn2353

Blos, P. (1967). The Second Individuation Process of Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *22*(1), 162–186. https://doi.org/10.1080/00797308.1967.11822595

Blumstein, P., & Kollock, P. (1988). Personal Relationships. *Annual Review of Sociology*, *14*(1), 467–490. https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.002343

Bosc, M. (2000). Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(1), 63–69. https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90133-0

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.* Artes Médicas.

Bradbury, T. N., & Fincham, F. D. (1990). Attributions and marriage: Review and critique. *Psychological Bulletin*, *107*, 3–33.

Braithwaite, S., & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, *13*, 120–125. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748–766. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748

Breyer, J. L., Kuchibhatla, M., Looney, C., Engstrom, E., Cassidy, F., & Krishnan, K. R. R. (2003). Social support in elderly patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *1*(5), 22–27.

Brito, R. C., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação* (pp. 115–129). Casa do Psicólogo.

Brooks, R., & Meltzoff, A. N. (2002). The Importance of Eyes: How Infants Interpret Adult Looking Behavior. *Developmental Psychology*, *38*(6), 958–966. https://doi.org/10.1037//0012-1649.38.6.958

Brune, M. (2005). "Theory of Mind" in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, *31*(1), 21–42. https://doi.org/10.1093/schbul/sbi002

Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, *9*(2), 68–76. https://doi.org/10.1016/S0883-9417(95)80003-4

Camelo, E. V., Velasques, B., Ribeiro, P., Netto, T., & Cheniaux, E. (2013). Attention impairment in bipolar disorder: A systematic review. *Psychology & Neuroscience*, *3*(6), 299.

Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, *31*(2), 117–124. https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.2.117

Caputi, M., Lecce, S., Pagnin, A., & Banerjee, R. (2012). Longitudinal effects of theory of mind on later peer relations: The role of prosocial behavior. *Developmental Psychology*, *48*(1), 257–270. https://doi.org/10.1037/a0025402

Carroll, L. (2000). *Families of two: Interviews with happily married couples without children by choice*. Xlibris Corporation.

Chou, K.-L., Liang, K., & Sareen, J. (2011). The Association Between Social Isolation and *DSM-IV* Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders: Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(11), 1468–1476. https://doi.org/10.4088/JCP.10m06019gry

Conway, J. R., Catmur, C., & Bird, G. (2019). Understanding individual differences in theory of mind via representation of minds, not mental states. *Psychonomic Bulletin & Review*, *26*(3), 798–812. https://doi.org/10.3758/s13423-018-1559-x

Coryell, W., Turvey, C., Endicott, J., Leon, A. C., Mueller, T., Solomon, D., & Keller, M. (1998). Bipolar I affective disorder: Predictors of outcome after 15 years. *Journal of Affective Disorders*, *50*, 109–116.

Costa, F. A. de O., & Marra, M. M. (2020). Famílias brasileiras chefiadas por mulheres pobres e monoparentalidade feminina: Risco e proteção. *Revista Brasileira De Psicodrama*, *21*, 141–156.

Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2012). Normative family transitions, couple relationship quality, and healthy child development. In *Normal family processes: Growing diversity and complexity, 4th ed.* (pp. 428–451). The Guilford Press.

Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares* (Vol. 18). Editorial Herder.

Danese, A., Pariante, C. M., Caspi, A., Taylor, A., & Poulton, R. (2007). Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *104*(4), 1319–1324. https://doi.org/10.1073/pnas.0610362104

Dauvermann, M. R., Moreno-Lopéz, L., Vai, B., González-García, N., Orellana, S., Jones, P. B., Bullmore, E., Goodyer, I. M., & Van Harmelen, A.-L. (2024). Early adolescent perceived friendship quality aids affective and neural responses to social inclusion and exclusion in young adults with and without adverse childhood experiences. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *19*(1), nsae044. https://doi.org/10.1093/scan/nsae044

de Siqueira Rotenberg, L., Beraldi, G. H., Okawa Belizario, G., & Lafer, B. (2020). Impaired social cognition in bipolar disorder: A meta-analysis of Theory of Mind in euthymic patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *54*(8), 783–796. https://doi.org/10.1177/0004867420924109

Dehelean, L., Romosan, A. M., Bucatos, B. O., Papava, I., Balint, R., Bortun, A. M. C., Toma, M. M., Bungau, S., & Romosan, R. S. (2021). Social and Neurocognitive Deficits in Remitted Patients with Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorder. *Healthcare*, *9*(4), 365. https://doi.org/10.3390/healthcare9040365

Diaz, A. P., Quevedo, J., Sanches, M., & Soares, J. C. (2022). Neurocognitive endophenotypes in bipolar disorders. In *Biomarkers in Bipolar Disorders* (pp. 253–266). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-821398-8.00022-9

Dickinson, T., Becerra, R., & Coombes, J. (2017). Executive functioning deficits among adults with Bipolar Disorder (types I and II): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *218*, 407–427. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.010

Dome, P., Rihmer, Z., & Gonda, X. (2019). Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina*, *55*(8), 403. https://doi.org/10.3390/medicina55080403

Doom, J. R., Doyle, C. M., & Gunnar, M. R. (2017). Social stress buffering by friends in childhood and adolescence: Effects on HPA and oxytocin activity. *Social Neuroscience*, *12*(1), 8–21. https://doi.org/10.1080/17470919.2016.1149095

Dunbar, R. I. M. (1993). Coevolution of neocortical size, group size and language in humans. *Behavioral and Brain Sciences*, *16*(4), 681–694. https://doi.org/10.1017/S0140525X00032325

Dunbar, R. I. M. (1998). The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews*, *6*(5), 178–190. https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6505(1998)6:5<178::AID-EVAN5>3.0.CO;2-8

Dunkel-Schetter, C., Sagrestano, L. M., Feldman, P., & Killingsworth, C. (1996). Social Support and Pregnancy. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 375–412). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1388-3_16

Dush, C. M. K., & Amato, P. R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, *22*(5), 607–627. https://doi.org/10.1177/0265407505056438

Dwyer, D. (2013). *Interpersonal Relationships* (0 ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203135556

Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, *33*(1), 22–26. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.004

Elgamal, S., Sokolowska, M., & MacQueen, G. (2008). Memory deficits associated with bipolar disorder. In *Cognitive dysfunction in bipolar disorder: A guide for clinicians* (pp. 49–67).

Epstein, N., & Baucom, D. H. (1993). Cognitive factors in marital disturbance. In *Psychopathology and cognition* (pp. 351–385). Academic Press.

Filippova, E., & Astington, J. W. (2010). Children's Understanding of Social‐Cognitive and Social‐Communicative Aspects of Discourse Irony. *Child Development*, *81*(3), 913–928. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01442.x

Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2021). *Social Cognition: From brains to culture* (4th ed.). SAGE.

Galderisi, S. (2024). The need for a consensual definition of mental health. *World Psychiatry*, *23*(1), 52–53. https://doi.org/10.1002/wps.21150

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, *14*(2), 231–233. https://doi.org/10.1002/wps.20231

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, *9*(2), 137–150. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3

Geller, B., Craney, J. L., Bolhofner, K., Nickelsburg, M. J., Williams, M., & Zimerman, B. (2002). Two-Year Prospective Follow-Up of Children With a Prepubertal and Early

Adolescent Bipolar Disorder Phenotype. *American Journal of Psychiatry*, *159*(6), 927–933. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.927

Geller, B., Tillman, R., Craney, J. L., & Bolhofner, K. (2004). Four-Year Prospective Outcome and Natural History of Mania in ChildrenWith a Prepubertal and Early Adolescent Bipolar Disorder Phenotype. *Archives of General Psychiatry*, *61*(5), 459. https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.5.459

Georgas, J., Berry, J. W., Van de Vijver, F. J., Kagitçibasi, Ç., & Poortinga, Y. H. (2006). *Families across cultures: A 30-nation psychological study.* Cambridge University Press.

George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social Support and the Outcome of Major Depression. *British Journal of Psychiatry*, *154*(4), 478–485. https://doi.org/10.1192/bjp.154.4.478

Gergely, G., Bekkering, H., & Király, I. (2002). Rational imitation in preverbal infants. *Nature*, *415*(6873), 755–755. https://doi.org/10.1038/415755a

Gergely, G., & Csibra, G. (2003). Teleological reasoning in infancy: The naïve theory of rational action. *Trends in Cognitive Sciences*, *7*(7), 287–292. https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00128-1

Giacco, D. (2023). Loneliness and mood disorders: Consequence, cause and/or unholy alliance? *Current Opinion in Psychiatry*, *36*(1), 47–53. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000832

Gibson, C. H. (1992). A revised conceptualization of social support. *Journal of Clinical Nursing*, *1*(3), 147–152. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1992.tb00085.x

Gopnik, A., & Astington, J. W. (1988). Children's Understanding of Representational Change and Its Relation to the Understanding of False Belief and the Appearance-Reality Distinction. *Child Development*, *59*(1), 26. https://doi.org/10.2307/1130386

Gottman, J. (1995). *Why marriages succeed or fail*. Fireside Books.

Gove, W. R., & Tudor, J. F. (1973). Adult Sex Roles and Mental Illness. *American Journal of Sociology*, *78*(4), 812–835. https://doi.org/10.1086/225404

Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, *16*(10), 620–631. https://doi.org/10.1038/nrn4005

Greenberg, S., Rosenblum, K. L., McInnis, M. G., & Muzik, M. (2014a). The role of social relationships in bipolar disorder: A review. *Psychiatry Research*, *219*(2), 248–254. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.047

Greenberg, S., Rosenblum, K. L., McInnis, M. G., & Muzik, M. (2014b). The role of social relationships in bipolar disorder: A review. *Psychiatry Research*, *219*(2), 248–254. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.047

Guarnieri, S., Smorti, M., & Tani, F. (2015). Attachment Relationships and Life Satisfaction During Emerging Adulthood. *Social Indicators Research*, *121*(3), 833–847. https://doi.org/10.1007/s11205-014-0655-1

Gunnar, M. R. (2017). Social Buffering of Stress in Development: A Career Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, *12*(3), 355–373. https://doi.org/10.1177/1745691616680612

Gunnar, M. R., & Hostinar, C. E. (2015). The social buffering of the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis in humans: Developmental and experiential determinants. *Social Neuroscience*, *10*(5), 479–488. https://doi.org/10.1080/17470919.2015.1070747

Hamermesh, D. S. (2020). Life satisfaction, loneliness and togetherness, with an application to Covid-19 lock-downs. *Review of Economics of the Household*, *18*(4), 983–1000. https://doi.org/10.1007/s11150-020-09495-x

Hampton, K. N., Sessions, L. F., & Her, E. J. (2011). CORE NETWORKS, SOCIAL ISOLATION, AND NEW MEDIA: How Internet and mobile phone use is related to network size and diversity. *Information, Communication & Society*, *14*(1), 130–155. https://doi.org/10.1080/1369118X.2010.513417

Happé, F., Cook, J. L., & Bird, G. (2017). The Structure of Social Cognition: In(ter)dependence of Sociocognitive Processes. *Annual Review of Psychology*, *68*(1), 243–267. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044046

Hartup, W. W. (1992). Friendships and their developmental significance. In *Childhood social development: Contemporary perspectives.* (pp. 175–205). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Hasler, G., Drevets, W. C., Gould, T. D., Gottesman, I. I., & Manji, H. K. (2006). Toward Constructing an Endophenotype Strategy for Bipolar Disorders. *Biological Psychiatry*, *60*(2), 93–105. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.11.006

Hennessy, M. B., Kaiser, S., & Sachser, N. (2009). Social buffering of the stress response: Diversity, mechanisms, and functions. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *30*(4), 470–482. https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2009.06.001

Henry, J. D., Phillips, L. H., Ruffman, T., & Bailey, P. E. (2013). A meta-analytic review of age differences in theory of mind. *Psychology and Aging*, *28*(3), 826–839. https://doi.org/10.1037/a0030677

Hinde, R. A. (1979). *Towards understanding relationships* (Vol. 7). Academic. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-2337(1981)7:3<275::AID-AB2480070315>3.0.CO;2-F

Hughes, C., & Leekam, S. (2004). What are the Links Between Theory of Mind and Social Relations? Review, Reflections and New Directions for Studies of Typical and

Atypical Development. *Social Development*, *13*(4), 590–619. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.00285.x

Jameel, H. T., Panatik, S. A., Nabeel, T., Sarwar, F., Yaseen, M., Jokerst, T., & Faiz, Z. (2020). Observed Social Support and Willingness for the Treatment of Patients with Schizophrenia. *Psychology Research and Behavior Management*, *13*, 193–201. https://doi.org/10.2147/PRBM.S243722

Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social Support and Health: *Medical Care*, *15*(Supplement), 47–58. https://doi.org/10.1097/00005650-197705001-00006

Kelley, H. H., Berscheid, E., Christensen, A., Harvey, J. H., Huston, T. L., Levinger, G., McClintock, E., Peplau, L. A., & Peterson, D. R. (1983). *Close Relationships*. W.H. Freeman and Company.

Keramatian, K., Torres, I. J., & Yatham, L. N. (2021). Neurocognitive functioning in bipolar disorder: What we know and what we don't. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *23*(1), 29–38. https://doi.org/10.1080/19585969.2022.2042164

Kessler, R. C., & Essex, M. (1982). Marital Status and Depression: The Importance of Coping Resources. *Social Forces*, *61*(2), 484. https://doi.org/10.2307/2578238

Kim, E. Y., Miklowitz, D. J., Biuckians, A., & Mullen, K. (2007). Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *99*(1–3), 37–44. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.022

Kramer, L. (2010). The Essential Ingredients of Successful Sibling Relationships: An Emerging Framework for Advancing Theory and Practice. *Child Development Perspectives*, *4*(2), 80–86. https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00122.x

Lamblin, M., Murawski, C., Whittle, S., & Fornito, A. (2017). Social connectedness, mental health and the adolescent brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *80*, 57–68. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.010

Lee, C. N., Huang, Y., Chang, H. H., Kuo, C. Y., Lu, T., Hsieh, Y., Chang, W. H., Yang, Y. K., Chen, P. S., & Tseng, H. (2022). Associations of emotion recognition, loneliness, and social functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, *38*(7), 703–711. https://doi.org/10.1002/kjm2.12539

Lewis, P. A., Rezaie, R., Brown, R., Roberts, N., & Dunbar, R. I. M. (2011). Ventromedial prefrontal volume predicts understanding of others and social network size. *NeuroImage*, *57*(4), 1624–1629. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.05.030

Liddle, B., & Nettle, D. (2006). Higher-order theory of mind and social competence in school-age children. *Journal of Cultural and Evolutionary Psychology Akadémiai Kiadó*, *43*, 1589–5254. https://doi.org/10.1556/JCEP.4.2006.3-4.3

Liebler, C. A., & Sandefur, G. D. (2002). Gender differences in the exchange of social support with friends, neighbors, and co-workers at midlife. *Social Science Research*, *31*(3), 364–391. https://doi.org/10.1016/S0049-089X(02)00006-6

Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(3), 527–539. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.527

Luyckx, K., Soenens, B., Goossens, L., & Vansteenkiste, M. (2007). Parenting, Identity Formation, and College Adjustment: A Mediation Model with Longitudinal Data. *Identity*, *7*(4), 309–330. https://doi.org/10.1080/15283480701600785

Ma, C. Q., & Huebner, E. S. (2008). Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: Some relationships matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, *45*(2), 177–190. https://doi.org/10.1002/pits.20288

Majer, M., Nater, U. M., Lin, J.-M. S., Capuron, L., & Reeves, W. C. (2010). Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: A pilot study. *BMC Neurology*, *10*(1), 61. https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-61

Martinez, A. L. M. (2014). Famílias homoparentais: Tão diferentes assim? DOI - 10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p371. *Psicologia Em Revista*, *19*(3), 371–388. https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p371

Mastekaasa, A. (1992). *Marriage and psychological well- being: Some evidence on selection into marriage. 54*, 901–911.

McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 880–896. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004

McKinnon, M. C., & Moscovitch, M. (2007). Domain-general contributions to social reasoning: Theory of mind and deontic reasoning re-explored. *Cognition*, *102*(2), 179–218. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2005.12.011

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates. *Science*, *198*(4312), 75–78. https://doi.org/10.1126/science.198.4312.75

Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *78*(2), 141. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993

Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: A Review. *Current Psychiatry Reports*, *22*(2), 6. https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0

Moak, Z. B., & Agrawal, A. (2010). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: Results from the national epidemiological

survey on alcohol and related conditions. *Journal of Public Health*, *32*(2), 191–201. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdp093

Montejo, L., Torrent, C., Jiménez, E., Martínez‐Arán, A., Blumberg, H. P., Burdick, K. E., Chen, P., Dols, A., Eyler, L. T., Forester, B. P., Gatchel, J. R., Gildengers, A., Kessing, L. V., Miskowiak, K. W., Olagunju, A. T., Patrick, R. E., Schouws, S., Radua, J., Bonnín, C. D. M., … International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Older Adults with Bipolar Disorder (OABD) Task Force. (2022). Cognition in older adults with bipolar disorder: An ISBD task force systematic review and meta‐analysis based on a comprehensive neuropsychological assessment. *Bipolar Disorders*, *24*(2), 115–136. https://doi.org/10.1111/bdi.13175

Morriss, R., Scott, J., Paykel, E., Bentall, R., Hayhurst, H., & Johnson, T. (2007). Social adjustment based on reported behaviour in bipolar affective disorder. *Bipolar Disorders*, *9*, 53–62.

Muscatell, K. A., Morelli, S. A., Falk, E. B., Way, B. M., Pfeifer, J. H., Galinsky, A. D., Lieberman, M. D., Dapretto, M., & Eisenberger, N. I. (2012). Social status modulates neural activity in the mentalizing network. *NeuroImage*, *60*(3), 1771–1777. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.01.080

Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 141–151. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335

Newcomb, M. D. (1994). Drug use and intimate relationships among women and men: Separating specific from general effects in prospective data using structural equation models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(3), 463–476. https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.463

O'Grady, C., Kliesch, C., Smith, K., & Scott-Phillips, T. C. (2015). The ease and extent of recursive mindreading, across implicit and explicit tasks. *Evolution and Human Behavior*, *36*(4), 313–322. https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2015.01.004

Organização Mundial da Saúde. (2024). *Classificação Internacional de Doenças 11ª revisão* [Computer software]. https://icd.who.int/pt

Ostacher, M. J., Nierenberg, A. A., Iosifescu, D. V., Eidelman, P., Lund, H. G., Ametrano, R. M., Kaczynski, R., Calabrese, J., Miklowitz, D. J., Sachs, G. S., Perlick, D. A., & the STEP‐BD Family Experience Collaborative Study Group. (2008). Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(1), 49–56. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01201.x

Overbeek, G., Vollebergh, W., De Graaf, R., Scholte, R., De Kemp, R., & Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology*, *20*(2), 284–291. https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.284

Owen, R., Gooding, P., Dempsey, R., & Jones, S. (2017). The Reciprocal Relationship between Bipolar Disorder and Social Interaction: A Qualitative Investigation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(4), 911–918. https://doi.org/10.1002/cpp.2055

Palardy, V., El-Baalbaki, G., Fredette, C., Rizkallah, E., & Guay, S. (2018). Social support and symptom severity among patients with obsessive-compulsive disorder or panic disorder with agoraphobia: A systematic review. *Europe's Journal of Psychology*, *14*(1), 254–286. https://doi.org/10.5964/ejop.v14i1.1252

Parker, J. G., Rubin, K. H., Erath, S. A., Wojslawowicz, J. C., & Buskirk, A. A. (2015). Peer Relationships, Child Development, and Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental*

Psychopathology (1st ed., pp. 419–493). Wiley. https://doi.org/10.1002/9780470939383.ch12

Pasquaretta, C., Levé, M., Claidière, N., van de Waal, E., Whiten, A., MacIntosh, A. J. J., Pelé, M., Bergstrom, M. L., Borgeaud, C., Brosnan, S. F., Crofoot, M. C., Fedigan, L. M., Fichtel, C., Hopper, L. M., Mareno, M. C., Petit, O., Schnoell, A. V., di Sorrentino, E. P., Thierry, B., … Sueur, C. (2014). Social networks in primates: Smart and tolerant species have more efficient networks. *Scientific Reports*, *4*(1), 7600. https://doi.org/10.1038/srep07600

Pataki, S. P., Shapiro, C., & Clark, M. S. (1994). Children's Acquisition of Appropriate Norms for Friendships and Acquaintances. *Journal of Social and Personal Relationships*, *11*(3), 427–442. https://doi.org/10.1177/0265407594113008

Peterson, C. C., Garnett, M., Kelly, A., & Attwood, T. (2009). Everyday social and conversation applications of theory-of-mind understanding by children with autism-spectrum disorders or typical development. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *18*, 105–115.

Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and Assessing Social Support in the Context of the Family. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 3–23). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1388-3_1

Pike, C. K., Burdick, K. E., Millett, C., & Lipschitz, J. M. (2024). Perceived loneliness and social support in bipolar disorder: Relation to suicidal ideation and attempts. *International Journal of Bipolar Disorders*, *12*(1), 8. https://doi.org/10.1186/s40345-024-00329-8

Plans, L., Barrot, C., Nieto, E., Rios, J., Schulze, T. G., Papiol, S., Mitjans, M., Vieta, E., & Benabarre, A. (2019). Association between completed suicide and bipolar disorder: A

systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *242*, 111–122. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.054

Platt, J., Keyes, K. M., & Koenen, K. C. (2014). Size of the social network versus quality of social support: Which is more protective against PTSD? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(8), 1279–1286. https://doi.org/10.1007/s00127-013-0798-4

Powell, J., Lewis, P. A., Roberts, N., García-Fiñana, M., & Dunbar, R. I. M. (2012). Orbital prefrontal cortex volume predicts social network size: An imaging study of individual differences in humans. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, *279*(1736), 2157–2162. https://doi.org/10.1098/rspb.2011.2574

Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., Whaite, E. O., Lin, L. Y., Rosen, D., Colditz, J. B., Radovic, A., & Miller, E. (2017). Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, *53*(1), 1–8. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.010

Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital Quality and Personal Well‐Being: A Meta‐Analysis. *Journal of Marriage and Family*, *69*(3), 576–593. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x

Rakoczy, H. (2022). Foundations of theory of mind and its development in early childhood. *Nature Reviews Psychology*, *1*(4), 223–235. https://doi.org/10.1038/s44159-022-00037-z

Raucher-Chéné, D., Achim, A. M., Kaladjian, A., & Besche-Richard, C. (2017). Verbal fluency in bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *207*, 359–366. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.039

Rhodes, G., Calder, A., Johnson, M., & Haxby, J. V. (Eds.). (2011). *Oxford Handbook of Face Perception* (1st ed.). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199559053.001.0001

Ribeiro, A. N., & Zucolotto, M. P. da R. (2016). Avós cuidadoras e seus netos: Uma reflexão sobre as configurações familiares. *Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas*, *16*, 27–41.

Robb, J. C., Cooke, R. G., Devins, G. M., Young, L. T., & Joffe, R. T. (1997). Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *5*(31), 509–517.

Robinson, L. J., Thompson, J. M., Gallagher, P., Goswami, U., Young, A. H., Ferrier, I. N., & Moore, P. B. (2006). A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *93*(1–3), 105–115. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.016

Robustelli, B. L., Trytko, A. C., Li, A., & Whisman, M. A. (2015). Marital Discord and Suicidal Outcomes in a National Sample of Married Individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *45*(5), 623–632. https://doi.org/10.1111/sltb.12157

Ronen, T., Hamama, L., Rosenbaum, M., & Mishely-Yarlap, A. (2016). Subjective Well-Being in Adolescence: The Role of Self-Control, Social Support, Age, Gender, and Familial Crisis. *Journal of Happiness Studies*, *17*(1), 81–104. https://doi.org/10.1007/s10902-014-9585-5

Sable, P. (1991). Attachment, Loss of Spouse, and Grief in Elderly Adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *23*(2), 129–142. https://doi.org/10.2190/PU6V-H0NW-61NY-1W5G

Sallet, J., Mars, R. B., Noonan, M. P., Andersson, J. L., O'Reilly, J. X., Jbabdi, S., Croxson, P. L., Jenkinson, M., Miller, K. L., & Rushworth, M. F. S. (2011). Social Network

Size Affects Neural Circuits in Macaques. *Science*, *334*(6056), 697–700. https://doi.org/10.1126/science.1210027

Samamé, C., Martino, D. J., & Strejilevich, S. A. (2014). Longitudinal course of cognitive deficits in bipolar disorder: A meta-analytic study. *Journal of Affective Disorders*, *164*, 130–138. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.028

Schülke, O., Bhagavatula, J., Vigilant, L., & Ostner, J. (2010). Social Bonds Enhance Reproductive Success in Male Macaques. *Current Biology*, *20*(24), 2207–2210. https://doi.org/10.1016/j.cub.2010.10.058

Silk, J. B., Beehner, J. C., Bergman, T. J., Crockford, C., Engh, A. L., Moscovice, L. R., Wittig, R. M., Seyfarth, R. M., & Cheney, D. L. (2010). Strong and Consistent Social Bonds Enhance the Longevity of Female Baboons. *Current Biology*, *20*(15), 1359–1361. https://doi.org/10.1016/j.cub.2010.05.067

Silva, R. D. A. D., Tancini, M. B., Lage, R., Nascimento, R. L., Santana, C. M. T., Landeira-Fernandez, J., Nardi, A. E., Cheniaux, E., & Mograbi, D. C. (2021). Autobiographical Memory and Episodic Specificity Across Different Affective States in Bipolar Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 641221. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.641221

Simion, F., Regolin, L., & Bulf, H. (2008). A predisposition for biological motion in the newborn baby. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *105*(2), 809–813. https://doi.org/10.1073/pnas.0707021105

Slaughter, V., Imuta, K., Peterson, C. C., & Henry, J. D. (2015). Meta‐analysis of theory of mind and peer popularity in the preschool and early school years. *Child Development*, *86*, 1159–1174.

Snyder, K. A., & Pearse, W. (2010). Crisis, Social Support, and the Family Response: Exploring the Narratives of Young Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, *28*(4), 413–431. https://doi.org/10.1080/07347332.2010.484830

Soons, J. P. M., & Kalmijn, M. (2009). Is Marriage More Than Cohabitation? Well‐Being Differences in 30 European Countries. *Journal of Marriage and Family*, *71*(5), 1141–1157. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00660.x

South, S. C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(5), 769–780. https://doi.org/10.1037/a0013346

Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, *93*(2), 119–135. https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119

Stewart, R. A., Patel, T. A., McDermott, K. A., & Cougle, J. R. (2022). Functional and structural social support in DSM-5 mood and anxiety disorders: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *308*, 528–534. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.026

Stone, V. E., Baron-Cohen, S., & Knight, R. T. (1998). Frontal Lobe Contributions to Theory of Mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *10*(5), 640–656. https://doi.org/10.1162/089892998562942

Studart, P. M., Bezerra Filho, S., Studart, A. B. D., Almeida, A. G., & Miranda-Scippa, Â. (2015). Social support and bipolar disorder. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, *42*(4), 95–99. https://doi.org/10.1590/0101-60830000000057

Taborsky, B., & Oliveira, R. F. (2012). Social competence: An evolutionary approach. *Trends in Ecology & Evolution*, *27*(12), 679–688. https://doi.org/10.1016/j.tree.2012.09.003

Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, *28*(5), 675–691. https://doi.org/10.1017/S0140525X05000129

Tomasello, M., & Rakoczy, H. (2003). What Makes Human Cognition Unique? From Individual to Shared to Collective Intentionality. *Mind & Language*, *18*(2), 121–147. https://doi.org/10.1111/1468-0017.00217

Torgrud, L. J., Walker, J. R., Murray, L., Cox, B. J., Chartier, M., & Kjernisted, K. D. (2004). Deficits in perceived social support associated with generalized social phobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, *33*(2), 87–96. https://doi.org/10.1080/16506070410029577

Twenge, J. M., Martin, G. N., & Campbell, W. K. (2018). Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology. *Emotion*, *18*(6), 765–780. https://doi.org/10.1037/emo0000403

Usman, M., Cheng, J., Ghani, U., Gul, H., & Shah, W. U. (2021). Social support and perceived uncertainties during COVID-19: Consequences for employees' wellbeing. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02293-3

Van Harmelen, A.-L., Blakemore, S. J., Goodyer, I. M., & Kievit, R. A. (2021). The Interplay Between Adolescent Friendship Quality and Resilient Functioning Following Childhood and Adolescent Adversity. *Adversity and Resilience Science*, *2*(1), 37–50. https://doi.org/10.1007/s42844-020-00027-1

Van Harmelen, A.-L., Gibson, J. L., St Clair, M. C., Owens, M., Brodbeck, J., Dunn, V., Lewis, G., Croudace, T., Jones, P. B., Kievit, R. A., & Goodyer, I. M. (2016). Friendships and Family Support Reduce Subsequent Depressive Symptoms in

At-Risk Adolescents. *PLOS ONE*, *11*(5), e0153715. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153715

Van Harmelen, A.-L., Kievit, R. A., Ioannidis, K., Neufeld, S., Jones, P. B., Bullmore, E., Dolan, R., The NSPN Consortium, Fonagy, P., & Goodyer, I. (2017). Adolescent friendships predict later resilient functioning across psychosocial domains in a healthy community cohort. *Psychological Medicine*, *47*(13), 2312–2322. https://doi.org/10.1017/S0033291717000836

Vangelisti, A. L., & Perlman, D. (Eds.). (2018). *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (2nd ed.). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781316417867

Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W., & Grande, I. (2018). Bipolar Disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*(1), 18008. https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8

Vieta, E., Günther, O., Locklear, J., Ekman, M., Miltenburger, C., Chatterton, M. L., Åström, M., & Paulsson, B. (2011). Effectiveness of psychotropic medications in the maintenance phase of bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, *14*(08), 1029–1049. https://doi.org/10.1017/S1461145711000885

Volkert, J., Schiele, M. A., Kazmaier, J., Glaser, F., Zierhut, K. C., Kopf, J., Kittel-Schneider, S., & Reif, A. (2016). Cognitive deficits in bipolar disorder: From acute episode to remission. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *266*(3), 225–237. https://doi.org/10.1007/s00406-015-0657-2

Von Der Heide, R., Vyas, G., & Olson, I. R. (2014). The social network-network: Size is predicted by brain structure and function in the amygdala and paralimbic regions.

Social Cognitive and Affective Neuroscience, *9*(12), 1962–1972. https://doi.org/10.1093/scan/nsu009

Wellman, H. M., & Liu, D. (2004). Scaling of Theory‐of‐Mind Tasks. *Child Development*, *75*(2), 523–541. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00691.x

Whisman, M. A. (2007). Marital Distress and DSM-IV Psychiatric Disorders in a Population-Based National Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(3), 638–643. Scopus. https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638

Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital dissatisfaction and alcohol use disorders in a community sample. *Journal of Family Psychology*, *20*(1), 164–167. https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.164

Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., & Urnes, Ø. (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *63*(5), 390–396. https://doi.org/10.1080/08039480902831322

Williamson, C. M., Franks, B., & Curley, J. P. (2016). Mouse Social Network Dynamics and Community Structure are Associated with Plasticity-Related Brain Gene Expression. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *10*. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00152

Wimmer, H. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, *13*(1), 103–128. https://doi.org/10.1016/0010-0277(83)90004-5

Wolf, W. (2021). *Connecting through Shared Cognition: Social Consequences and Psychological Underpinnings of Sharing Experiences with Others.* [Dissertation, Duke University]. https://hdl.handle.net/10161/22978

Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of

maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, *33*(1), 59–68. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007

Yates, T. M., & Wekerle, C. (2009). The long-term consequences of childhood emotional maltreatment on development: (Mal)adaptation in adolescence and young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *33*(1), 19–21. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.002

Young, C., Majolo, B., Heistermann, M., Schülke, O., & Ostner, J. (2014). Responses to social and environmental stress are attenuated by strong male bonds in wild macaques. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*(51), 18195–18200. https://doi.org/10.1073/pnas.1411450111

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia Do Esquema: Guia De Técnicas Cognitivo Comportamento Inovadoras* (1st ed.). Artmed.

Zelazo, P. D. (2004). The development of conscious control in childhood. *Trends in Cognitive Sciences*, *8*(1), 12–17. https://doi.org/10.1016/j.tics.2003.11.001

Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G., & Della Grotta, S. A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, *59*(3), 205–215. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00153-6

Anexos

Anexo A

Roteiro de ligação telefônica

Nº do projeto na Dipe ou CAAE: 86167525.5.0000.5327

Bom dia/Boa tarde, o meu nome é [inserir nome do pesquisador que está realizando a ligação e que faça parte da equipe de pesquisa], sou pesquisador do projeto que está sendo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre **"Qualidade das relações interpessoais no transtorno bipolar: um estudo qualitativo".**

Poderia falar com o Sr/ a Sra [Inserir o nome do paciente/potencial participante]

O objetivo do projeto é investigar a qualidade das relações interpessoais em pessoas com transtorno bipolar.

Estou ligando para convidar o senhor (a) a participar desta pesquisa, pois verificamos que você realizou acompanhamento no Serviço de Psiquiatria.

Se tiver interesse em participar, você terá que participar de um encontro, no qual você vai ler instruções e responder a um questionário sobre dados sociodemográficos e clínicos, e responder a uma entrevista sobre as qualidades das suas relações interpessoais, como relação com seus familiares, amigos e parceiros.

O encontro deverá ser presencial no Centro de Pesquisas Clínicas do HCPA.

Ressaltamos que caso não tenha interesse em participar, isto não interfere em nada no seu atendimento ou em consultas e exames já agendados.

Se estiver de acordo, perguntar em qual contato de preferência gostaria de receber o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido do projeto, onde constam as informações detalhadas.

Contato para envio do TCLE (e-mail/Whatsapp/mensagem):

Você gostaria de participar: ( ) Sim

( ) Não

- Pedir que informe qual o melhor momento para realizar a entrevista.

Retorno em_____

Se não aceitar, agradecer pelo tempo e atenção.

Perguntar se a pessoa possui mais alguma dúvida e ressaltar que os contatos dos pesquisadores e do CEP estão no Termo enviado.

Pesquisador responsável:

Contato disponibilizado:

Observação: Este roteiro é apenas um guia para o diálogo, sendo que os pesquisadores tomarão todo o cuidado para evitar qualquer constrangimento, bem como responderão perguntas ou dúvidas adicionais que se apresentem durante a ligação.

Dados a serem preenchidos pelo pesquisador depois da ligação:

Participante:

Dia da ligação:

Hora da ligação:

Gravação da ligação ( ) Sim ( ) Não

Pesquisador que realizou a ligação:

Assinatura do Pesquisador:

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº CAAE 86167525.5.0000.5327

Título do Projeto: Qualidade das relações interpessoais no transtorno bipolar: um estudo qualitativo

Nome do Pesquisador Responsável	**Contato do Pesquisador Responsável**
Prof. Adriane Ribeiro Rosa	E-mail: arrosa@hcpa.edu.br Telefone (51) 33598021 Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 12117, Porto Alegre, RS Segunda à sexta, das 8h às 17h
Comitê de Ética	**Contato do CEP-HCPA**
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA)	E-mail: cep@hcpa.edu.br Telefone (51) 33596246 Endereço: Av. Protásio Alves, 211 – sala 5068, Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS. Segunda à sexta, das 8h às 17h

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é investigar a qualidade das relações interpessoais em pessoas com transtorno bipolar. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá ler instruções e responder a um questionário sobre dados sociodemográficos e clínicos, e responder a uma entrevista sobre as qualidades das suas relações interpessoais, como relação com seus familiares, amigos e parceiros. O tempo de duração é de 1 hora e 30 minutos a 2 horas.

Os riscos envolvidos na participação na pesquisa são considerados mínimos, podendo haver desconforto ou cansaço pelo tempo de resposta aos questionários, ou pelo conteúdo das perguntas, que envolvem aspectos de sua intimidade. Caso, de alguma maneira, você se sinta mobilizado com algum aspecto referente à realização dessa atividade, você receberá acolhimento inicial pelos pesquisadores e orientações necessárias para encaminhamento ao serviço de psicologia da universidade de sua cidade ou da rede municipal de saúde.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa incluem o recebimento de uma cartilha sobre qualidade de relações interpessoais produzida pelo Laboratório de Cognição e Psicopatologia (CapLab/UFRGS) após participação e informações

sobre os achados da pesquisa. Este estudo tem potencial para oferecer benefícios à comunidade científica, a profissionais da saúde mental e à sociedade, através da geração de conhecimento sobre o funcionamento psicossocial e as relações interpessoais de pessoas com transtorno bipolar.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável ou com o CEP-HCPA.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

_____

Nome do participante da pesquisa

_____ Local: _____

Assinatura Data: / /

_____

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

_____ Local: _____

Assinatura Data: / /

Anexo C

Questionário de Caracterização do Participante

Data de coleta ___/____/_____ Responsável pela coleta:_____

1. Dados sociodemográficos
    a. Código do participante [designado pelo pesquisador]
    b. Data de nascimento _____/_____/_____
    c. Idade _____ anos
    d. Gênero com o qual se identifica: ( ) mulher ( ) homem ( ) não binário ( ) outros
    e. Etnia/Raça: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) indígena ( ) asiática ( ) outras
    f. Cidade e Estado de residência: _____
    g. Status de relacionamento: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) união estável ( ) divorciado(a) ( ) viúvo(a) ( ) outros _____
    h. Possui filhos: ( ) não ( ) sim, quantos:_____
    i. Escolaridade
        i. Ensino Fundamental: ( ) Incompleto Cursou até:_____ ano ( ) Completo
        ii. Ensino Médio: ( ) Incompleto Cursou até:_____ ano ( ) Completo
        iii. Ensino Superior: Curso:_____ ( ) Incompleto Cursou até:_____ ano ( ) Completo
        iv. Pós-Graduação: Curso:_____ ( ) Incompleto Cursou até:_____ ano ( ) Completo
        v. Total de anos de estudo sem repetição: _____
    j. Ocupação Profissional
        i. Profissão:_____
        ii. Afastamento pelo INSS: ( ) Sim ( ) Não
        iii. No momento você possui um emprego formal (com carteira assinada)? ( ) Sim ( ) Não
        iv. No momento você possui um emprego informal (sem carteira assinada)? ( ) Sim ( ) Não

v. Caso você esteja desempregado, a quanto tempo você não tem trabalho (formal ou informal)? ( ) menos de 6 meses ( ) 6 meses ( ) menos de 1 ano ( ) 1 ano ( ) 2 anos ou mais

k. Renda Mensal Média Familiar (Classificação do IBGE): ( ) Até R$ 2.200,00 ( ) De R$ 2.200,01 a R$ 4.400,00 ( ) De R$ 4.400,01 a R$ 11.000,00 ( ) De R$ 11.000,01 a 22.000,00 ( ) R$ 22.000,01 ou mais

2. Histórico do transtorno
   a. Diagnóstico: ( ) transtorno bipolar I ( ) transtorno bipolar II
   b. Em qual ano você recebeu o diagnóstico?_____
   c. Qual profissional fez seu diagnóstico?_____
   d. Você já esteve hospitalizado em função do transtorno bipolar? ( ) não ( ) sim, quantas vezes?_____
   e. Quais foram os motivos dessas hospitalizações?_____
   f. Você já teve alguma tentativa de suicídio? ( ) não ( ) sim, quantas vezes? ___
   g. Olhando em retrospectiva, quando você acha que começou a apresentar os primeiros sintomas?_____
3. Histórico de tratamento
   a. Quais medicações de uso contínuo você utiliza? _____
   b. Já fez uso de lítio? ( ) não ( ) sim
   c. Com qual frequência você consulta com o médico psiquiatra?_____
   d. Você faz acompanhamento em psicoterapia? ( ) não ( ) sim
      i. Se sim, há quanto tempo? _____
      ii. Esse acompanhamento é realizado com psicólogo? ( ) não ( ) sim
      iii. Qual a frequência desse acompanhamento? _____
      iv. Se não, por quê?_____
   e. Você participa de grupos de apoio? ( ) não ( ) sim
      i. Se sim, há quanto tempo? _____
      ii. Se não, por quê?_____
4. Histórico de saúde geral
   a. Você possui outras doenças clínicas? ( ) não ( ) sim, quais?_____
5. Conhecimento sobre o transtorno

a. O quanto você considera saber sobre o transtorno bipolar?

(0) Nada

(1) Muito pouco

(2) Pouco

(3) Razoavelmente

(4) Bastante

(5) Muito

Anexo D

Entrevista semi-estruturada sobre relações interpessoais

1. Infância
    a. Quando você era criança, quem foram as principais pessoas responsáveis pelos seus cuidados/ pela sua criação?
    b. Como era a sua relação com esses cuidadores? Você podia contar com a ajuda deles em momentos de dificuldades?
    c. Como esses cuidadores se comunicavam com você? Era comum ocorrer mal entendidos? De um exemplo, como você se sentia nessas situações. Quem te ajudava?
    d. Você tinha irmãos? Se sim, como era a sua relação com eles?
    e. Você considera que em algum momento precisou realizar a função de cuidador quando era criança?
    f. Você tinha amigos nesse período?
    g. Como era a sua relação com eles?
    h. Como era para você fazer amigos? Você tinha facilidade/dificuldade?
    i. Alguma dessas amizades permanece até hoje?
    j. Como eram suas relações na escola, com professores e colegas?
2. Adolescência
    a. Quando você era adolescente, como era a sua relação com seus cuidadores? Você poderia contar com a ajuda deles em momentos de dificuldades?
    b. Você sentiu que teve alguma mudança nessas relações com a chegada da adolescência? Quais?
    c. (Caso a pessoa tenha irmãos) Como ficou a sua relação com seus irmãos?
    d. Você tinha amigos nesse período?
    e. Como era a sua relação com eles?
    f. Você notou diferenças na sua capacidade de fazer amigos?
    g. Alguma dessas amizades permanece até hoje?
    h. Você teve relacionamentos romântico-sexuais (ex: namoros, ficantes…) nessa época?
    i. Como foram esses relacionamentos?
    j. E na escola? Como era seu relacionamento com colegas e professores?
3. Durante episódios

a. Você notou diferenças na sua relação com sua família quando você começou a ter sintomas do TB? Quais?
b. E com seus amigos?
c. E com seu/sua parceiro(a)?
d. Que efeitos os episódios depressivos tiveram nas suas relações com as pessoas?
e. E os episódios maníacos/hipomaníacos?
f. Como você acha que os episódios afetaram sua capacidade de se comunicar com as pessoas?
g. E a sua forma de perceber as situações?
h. As pessoas à sua volta percebiam os episódios? O que elas faziam?

4. Momento atual
    a. Quem é sua rede de apoio atualmente? Com que pessoas você pode contar?
    b. Com que pessoas da sua família você mantém contato?
    c. Como é a sua relação com cada uma delas?
    d. Você procura essas pessoas para compartilhar seus problemas? E momentos bons/conquistas? Como elas respondem/reagem? Como você fica/se sente com isso?
    e. E elas, te procuram para compartilhar os problemas delas, pedir conselhos? E para compartilhar coisas boas? E como você reage? O que você faz/fala pra elas?
    f. O que é motivo de brigas entre vocês?
    g. Você se identifica com alguma característica deles? Quais?
    h. Você acha que essas essas características interferiram e interferem nas relações de vocês? Como?
    i. Tem pessoas da sua família com quem você não fala mais? Por quê? Houve alguma briga ou conflito importante?
    j. Você tem algum amigo atualmente? E como é essa relação?
    k. Você procura essa pessoa para compartilhar seus problemas? E momentos bons/conquistas? Como ela responde/reage? Como você fica/se sente com isso?
    l. E ela, te procura para compartilhar os problemas delas, pedir conselhos? E para compartilhar coisas boas? E como você reage? O que você faz/fala pra elas?

m. O que é motivo de brigas/desentendimentos entre vocês?
n. Você está em um relacionamento (casamento, namoro…)? Há quanto tempo?
o. Você fala dos seus problemas para o seu parceiro? E momentos bons/conquistas? Como ele responde/reage? Como você fica/se sente com isso?
p. E ele, te fala os problemas dele? E pedir conselhos? E compartilhar coisas boas? E como você reage? O que você faz/fala pra elas?
q. O que é motivo de brigas/desentendimentos entre vocês?
r. No que você sente que o TB atrapalha a sua relação com essas pessoas?
s. Você percebe algum aspecto positivo entre o TB e as suas relações com as pessoas?
t. Que efeitos você percebeu nas suas relações quando seus amigos, família e parceiro souberam sobre seu diagnóstico?
u. Que efeitos você percebeu nas suas relações após iniciar o tratamento?

Anexo E

Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade das relações interpessoais no transtorno bipolar: um estudo qualitativo

Pesquisador: adriane ribeiro rosa
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 86167525.5.0000.5327
Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE
Patrocinador Principal: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.376.731

Apresentação do Projeto:
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo do projeto e das Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2448813, de 05/02/2025.

As relações interpessoais fazem parte da natureza humana e elas podem serentendidas como interações dinâmicas e interdependentes entre duas pessoas, que seinfluenciam mutuamente ao longo do tempo, envolvendo apego emocional e a satisfação denecessidades de pertencimento. A qualidade das relações interpessoais ainda é um temapouco claro na literatura, com foco predominante em estudos sobre a qualidade conjugal efamiliar, destacando a teoria de Barnhill (1979), que identifica oito dimensões essenciais parao funcionamento saudável da família. O transtorno bipolar e as relações interpessoaisapresentam uma relação bidirecional, em que os sintomas do transtorno afetamnegativamente os vínculos sociais, enquanto conflitos e estresse nas relações familiares esociais podem agravar os sintomas do transtorno. Uma rede de apoio saudável, especialmenteem contextos familiares estruturados, pode favorecer a recuperação, enquanto relaçõesproblemáticas e o estigma social tendem a piorar a condição. Os estudos sobre transtornosmentais, tradicionalmente dominados pela psiquiatria, frequentemente reduzem as relaçõesinterpessoais ao conceito de funcionamento social, mas um olhar mais aprofundado nasdinâmicas interpessoais pode

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

oferecer uma compreensão mais eficaz das dificuldades dosindivíduos e suas famílias, além de enriquecer a prática clínica e as intervenções. Este projetotem como objetivo investigar qualitativamente como as dificuldades vivenciadas pelaspessoas com transtorno bipolar impactam a qualidade das suas relações familiares, conjugaise de amizade. Para isso será realizado um estudo de casos múltiplos, no qual serãoentrevistados 12 participantes diagnosticados com transtorno bipolar tipo 1 ou 2, usuários doPROTAHBI do HCPA, e as entrevistas serão analisadas através da análise temática dedutiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Investigar como as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com transtorno bipolar em função de características típicas do quadro e do seu processo individual de desenvolvimento do transtorno impactam a qualidade das suas relações familiares, conjugais e de amizade.

Objetivos específicos:

- Compreender como se dão as relações interpessoais no contexto do transtorno bipolar pela perspectiva da pessoa que vive com esse transtorno, valorizando as experiências individuais;
- Compreender quais as possíveis influências de alterações cognitivas, de humor e aspectos de endofenótipo advindos do transtorno bipolar nas oito dimensões do ciclo de saúde familiar de Barnhill (1979), adotando essa perspectiva teórica para outras relações interpessoais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos associados a este estudo são considerados mínimos e de natureza psicológica, podendo incluir invasão de privacidade e desconforto emocional devido aos questionários e entrevistas aplicados na etapa de coleta de dados.

Benefícios:

Como benefício direto, os participantes também receberão uma cartilha sobre qualidade de relações interpessoais produzida pelo Laboratório de Cognição e Psicopatologia (CapLab/ UFRGS) após participação e informações sobre os achados da pesquisa. Este estudo tem potencial para oferecer benefícios à comunidade científica, a profissionais da saúde mental e à sociedade, através da geração de conhecimento sobre o funcionamento psicossocial e as relações interpessoais de pessoas com transtorno bipolar.



A relação risco/benefício do projeto submetido é aceitável e adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Delineamento: Estudo qualitativo de casos múltiplos (Stake, 2006)

- Tamanho da amostra e divisão dos grupos: Serão selecionados números iguais de participantes estratificados nos seguintes marcadores segundo a amostragem por critério e fechamento por cota (Patton, 2015) totalizando 12 participantes: 1) homens/ mulheres; 2) solteiros/ em união estável ou casado; 3) trabalhando/ afastados pelo INSS; 4) jovens adultos (18 a 24 anos)/ adultos (25 a 59 anos).

- Grupos e Recrutamento: Os participantes serão pacientes previamente diagnosticados com TB (tipo 1 e tipo 2), usuários do Programa de Transtorno de Humor Bipolar (PROTAHBI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

- Local onde será realizado o estudo: CPC/HCPA

- Critérios de inclusão e exclusão:
-- Os critérios de inclusão são:
a) nacionalidade brasileira;
b) idade mínima de 18 anos e máxima 59 anos;
c) habilidades de leitura e escrita;
d) diagnóstico de TB tipo 1 ou tipo 2 dado por profissional da saúde;
e) estar em eutimia conforme avaliado pela equipe clínica do hospital.
-- Serão excluídos do estudo participantes com diagnósticos prévios de transtorno de personalidade dados por profissionais da saúde.

- Como serão coletados os dados: Diretamente com participantes

- Quem acessará os dados: Adriane Ribeiro Rosa, Letícia Sanguinetti Czepielewski, Giana Bitencourt Frizzo, Laura Canani da Rosa.

- Variáveis e período a serem coletadas: idade, sexo, raça/etnia, ocupação, status de relacionamento, estado e cidade de residência, anos de estudo, renda familiar; características

do transtorno bipolar dos participantes - idade do diagnóstico, medicamentos em uso, número de hospitalizações, número de tentativas de suicídio; Entrevista semi-estruturada sobre relações interpessoais. Março/25 a dezembro/25.

- Divulgação do estudo: Pacientes serão identificados pela equipe assistencial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE adequado para os objetivos do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS N.º 466/2012 e na Norma Operacional CNS/Conep N.º 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.
- O projeto está aprovado para inclusão ou revisão de registros de 12 participantes neste centro.
- Os projetos executados no HCPA somente poderão ser iniciados quando seu status no sistema AGHUse Pesquisa for alterado para ¿Aprovado¿, configurando a aprovação final da Diretoria de Pesquisa.
- Textos e anúncios para divulgação do estudo e recrutamento de participantes deverão ser submetidos para apreciação do CEP, por meio de Notificação, previamente ao seu uso. A redação deverá atender às recomendações institucionais, que podem ser consultadas na Página da Pesquisa do HCPA.
- Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular N.º 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.
- Deverão ser apresentados relatórios semestrais e um relatório final. Estes relatórios deverão ser submetidos acompanhados do Relatório Consolidado de Eventos Adversos Graves (EAGs), conforme preconiza a Carta Circular nº 13/2020-CONEP/SECNS/MS.
- Os modelos disponíveis para Notificação de Eventos Adversos e Relatórios Consolidados de EAGs podem ser consultados na Página da Pesquisa do HCPA, Área do Pesquisador, aba ¿Eventos Adversos e Desvios de Protocolo¿.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA

Continuação do Parecer: 7.376.731

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2448813.pdf	05/02/2025 14:59:37		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	27/01/2025 15:04:52	LAURA CANANI DA ROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_2024.pdf	21/01/2025 16:42:26	LAURA CANANI DA ROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_B_TCLE.pdf	21/01/2025 16:41:22	LAURA CANANI DA ROSA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 12 de Fevereiro de 2025

Assinado por:
Daisy Crispim Moreira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br