

# Transtornos alimentares comórbidos em uma amostra clínica de adultos com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade

## Comorbid eating disorders in a Brazilian Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder adult clinical sample

Paulo Mattos,<sup>a</sup> Eloisa Saboya,<sup>a</sup> Vanessa Ayrão<sup>a,b</sup> Daniel Segenreich,<sup>a</sup> Monica Duchesne<sup>a,c</sup> e Gabriel Coutinho<sup>a</sup>

Original version accepted in English

<sup>a</sup>Grupo de Estudos do Déficit de Atenção, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>b</sup>Instituto de Estudos de Saúde Pública – Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>c</sup>Grupo de Transtornos Obesidade e Transtornos Alimentares, Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia

### Resumo

A comorbidade de transtornos alimentares (TA) com o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é pouco investigada, apesar de relevante para o tratamento clínico.

**Métodos:** 86 adultos com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade segundo o DSM-IV de uma amostra inicial de 107 indivíduos auto-referidos para um centro especializado em TDAH foram entrevistados com o SCID-P para avaliar a presença de transtornos alimentares e outros transtornos comórbidos.

**Resultados:** Nove pacientes apresentavam transtornos alimentares, sendo o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) o diagnóstico mais comum. O grupo com transtornos alimentares revelou maior número de comorbidades ( $p=0,02$ ), não foram observadas, entretanto, diferenças quanto ao sexo, idade na avaliação atual, escolaridade e tipo de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade entre os grupos.

**Conclusão:** Amostras clínicas de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade podem apresentar elevada prevalência de comorbidade com transtorno da compulsão alimentar periódica. Pacientes com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e transtornos alimentares podem apresentar um perfil diferente de comorbidades.

**Descritores:** Transtorno da falta de atenção com hiperatividade; Transtornos da alimentação; Bulimia; Comorbidade.

### Abstract

Although comorbidity between attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and eating disorders (ED) is relevant for clinical treatment, it is seldom investigated.

**Methods:** 86 DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder patients out of 107 self-referred adults in a specialized center for attention deficit hyperactivity disorder were interviewed using SCID-R to evaluate the lifetime prevalence of ED and other comorbid conditions.

**Results:** Nine attention deficit hyperactivity disorder patients had comorbid eating disorders; binge eating disorder (BED) was the most common diagnosis. The group with eating disorders presented a higher prevalence of other comorbid disorders ( $p=0.02$ ). No significant differences were found on gender, age at assessment, schooling level and type of attention deficit hyperactivity disorder between groups.

**Conclusion:** Attention deficit hyperactivity disorder clinical samples may have a high prevalence of BED comorbidity. Patients with attention deficit hyperactivity disorder and eating disorders may have a different comorbid profile.

**Keywords:** Attention deficit disorder with hyperactivity; Eating disorders; Bulimia; Comorbidity.

### Introdução

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) possui uma alta taxa de comorbidade<sup>1</sup> com várias condições. Dois estudos que analisaram a comorbidade de TDAH em crianças e adolescentes no Brasil<sup>2-3</sup> revelaram uma similar e alta prevalência de comorbidade.

Há alguns relatos de caso de TDAH em pacientes com transtornos alimentares (TA)<sup>4-5</sup> e o ainda inédito National Comorbidity Survey Replication<sup>6</sup> revelou recentemente um alto índice de prevalência de bulimia nervosa (BN) em adultos com TDAH.

Alguns autores<sup>7-8</sup> sugeriram que a compulsão alimentar é mais bem compreendida como uma desregulação geral do controle dos impulsos. A BN e a anorexia nervosa (AN) também têm sido concebidas em termos de atenção<sup>9</sup> e impulsividades<sup>10-11</sup> prejudicadas, e alteração das funções executivas é observada tanto no TDAH como

na BN.<sup>12-13</sup> Pacientes com maior nível de impulsividade ou falta de atenção a sensações interiores (como os que apresentam TDAH) possuem possivelmente maior comportamento compulsivo (binge).<sup>14</sup>

Essa comorbidade possui interesse clínico, pois alguns relatos de casos apontam para uma melhor eficácia quando um estimulante é ministrado, mas existe também o prejuízo potencial em prescrever estimulantes para TA devido especialmente às suas propriedades anoréxicas.

### Objetivos

Determinar: 1) a prevalência de TA em uma amostra clínica adulta com TDAH segundo o DSM-IV; 2) se o grupo de pacientes com TDAH comórbido com TA difere de outro sem essa comorbidade, com relação à idade quando da avaliação, nível de escolaridade, sexo, tipo de TDAH e número de outras comorbidades.

**Tabela 1 - Diagnóstico de transtornos alimentares e outras comorbidades em nove pacientes adultos com TDAH**

Sexo	Idade	Comorbidade com transtorno alimentar	Outros transtornos comórbidos
F	26	TCAP atual	TEPT, agorafobia, dismorfofobia, história passada de abuso de maconha
F	18	BN prevalente, histórico prévia de AN	Distímia
M	42	TCAP atual	Fobia social, história passada de abuso de álcool, episódio depressivo passado
F	33	TCAP atual	Episódio depressivo passado e atual
F	29	Transtorno alimentar sem outra especificação	Distímia, fobia social, transtorno de ansiedade SOE
M	28	TCAP atual	Episódio depressivo passado e atual, fobia social, TAG
F	26	TCAP atual	Episódio depressivo passado, bipolar tipo II, história passada de abuso de álcool, história passada de dependência de maconha
M	33	TCAP atual	História passada de dependência de cocaína
F	22	TCAP atual	Episódio depressivo passado e atual, fobia social, fobia específica

TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Dep: Depressivo; SOE: Sem Outra Especificação; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada.

### Métodos

Cento e sete adultos consecutivos (48 homens, 59 mulheres) com idades entre 18 e 52 anos, inscritos para tratamento no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foram examinados inicialmente por uma entrevista clínica na linha de base e depois foram entrevistados por meio do SCID-R por psiquiatras e psicólogos treinados; somente oito deles não tinham sido auto-referidos. Sintomas passados de TDAH foram investigados através das recordações dos próprios pacientes ou do relato de seus pais, utilizando-se a *ADHD Childhood Symptoms Scale*.<sup>1</sup> O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado e os pacientes com diagnóstico de TDAH segundo o DSM-IV foram inscritos para tratamento posterior. Todos os pacientes eram virgens de tratamento farmacológico para TDAH.

O grupo com TDAH e TA (TDAH-TA) foi comparado ao grupo com TDAH sem TA (TDAH) por meio do teste t de Student (idade na avaliação, nível de escolaridade) e do teste exato de Fisher (gênero, tipo de TDAH e número de outras comorbidades).

### Resultados

Somente 86 (80,3%) dos indivíduos examinados preencheram critérios do DSM-IV para TDAH, Tipo Adulto. Dessa amostra de TDAH, nove pacientes (10,4%) tinham diagnóstico de TA (Tabela 1) que foi confirmado no período de tratamento de acompanhamento, o mais comum tendo sido TCAP atual (7 casos). Ainda que as mulheres tenham tido uma incidência duas vezes maior no grupo TDAH-TA, essa diferença não alcançou significação estatística ( $p=0,3$ ).

**Tabela 2 - Comparação entre TDAH com e sem transtornos alimentares**

	TDAH sem TA	TDAH com TA	Valor P
Idade média (desvio padrão)	32,7 (9,4)	28,6 (7,0)	0,24
Número médio de anos de escolaridade (desvio padrão)	14,5 (2,7)	13,7 (1,9)	0,34
Proporção homens : mulheres	1:0,8	1:2	0,30
Tipo de TDAH (tipo combinado)	33,3%	50,7%	0,72
Pelo menos uma comorbidade (além de TA)	58,4%	100%	0,02

TDAH: Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade; TA: Transtorno alimentar

Transtornos de humor, ansiedade e abuso e dependência de álcool e drogas foram vistos em comorbidade no grupo TDAH-TA (Tabela 1), mas também no grupo TDAH. Nenhum paciente no grupo TDAH-TA possuía um IMC menor que 20; um paciente nesse grupo possuía IMC entre 25 e 30.

Ainda que o grupo TDAH-TA tivesse menos anos de escolaridade e fosse mais jovem, essas diferenças também não alcançaram significação estatística (respectivamente,  $p=0,34$  e  $p=0,24$ ). A única diferença significativa entre os grupos foi no perfil de comorbidade, já que o grupo TDAH-TA possuía um maior índice de casos com pelo menos uma condição comórbida ( $p=0,02$ ) do que o grupo de TDAH sem TA (Tabela 2).

### Discussão

A prevalência de comorbidade de 8,13% com TCAP encontrada nesta amostra deve ser considerada como inesperada, já que a prevalência de TA na população geral é baixa: TCAP é o TA mais prevalente e é estimado em cerca de 2,6%,<sup>1</sup> Não houve suspeita de comorbidade durante a entrevista clínica e somente foi descoberta durante o SCID-R, uma característica comumente vista quando o TA não é o principal diagnóstico ou razão para encaminhamento.

Já que somente dois critérios do DSM-IV para TA envolvem impulsividade ou seus correlatos<sup>2</sup> – um sentimento de falta de controle sobre a ingestão de comida (A2) e comer mais do que o normal (B1) –, a impulsividade do TDAH por si só não seria suficiente para um diagnóstico de TA, o que sugere uma comorbidade verdadeira. No entanto, um aspecto clínico considerado como atípico nesses casos de TCAP: somente dois deles tinham sobrepeso e nenhum deles era obeso. Ainda que o peso não seja parte dos critérios de TCAP, essa é uma característica muito comum.

Como esperado, as mulheres superaram os homens em número no grupo TDAH-TA, já que elas estão sobre-representadas em todos os TA. Nosso estudo pode não ter tido suficiente poder para detectar uma diferença significativa entre os grupos devido à pequena amostra de pacientes com TDAH-TA. Menor escolaridade não é geralmente vista em amostras de TA, pelo menos nas amostras clínicas.<sup>16</sup> Pacientes com TA geralmente apresentam um maior número de comorbidades e o mesmo vale para pacientes com TDAH. No entanto, no grupo TDAH-TA, o número de comorbidades foi maior que no grupo TDAH, sugerindo um possível efeito cumulativo.

### Conclusão

Os resultados sugerem análises posteriores com séries maiores e contextos socioculturais possivelmente diferentes para confirmar esses achados preliminares. A comorbidade de TDAH com TCAP poderia requerer enfoques terapêuticos específicos, já que o uso de psicoestimulantes (os agentes de primeira linha) pode prejudicar o tratamento de um TA devido às propriedades anoréxicas dessas drogas. Por outro lado, os pacientes com TCAP e TDAH podem necessitar de tratamento específico para sua impulsividade, a fim de adquirir um controle apropriado sobre os episódios de compulsão alimentar. A falta de atenção para sinais de saciedade poderia ser um importante fator para o desenvolvimento e também para o tratamento de bulimia. Da mesma forma, vários tratamentos farmacológicos distintos já foram propostos para o TCAP<sup>3</sup> e sua utilização deve ser levada em conta em pacientes de TDAH com essa comorbidade.

**Conflito de interesses:** O dr. Mattos participa do conselho consultivo de, é porta-voz de ou recebeu financiamento, da Pfizer, Janssen-Cilag, Eli Lilly, Wyeth, Novartis e GlaxoSmithKline.  
Recebido em 04.06.2004  
Aceito em 22.09.2004

### Referências

- Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Suppl 2):7-11.
- Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: A study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(6):716-22.
- Souza I, Serra MA, Mattos P, Franco VA. Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção – resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001;59(2-B):401-6.
- Souza I, Pinheiro MA, Denardin D, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbidity in Brazil: Comparisons between two referred samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004. In press.
- Schweickert LA, Strober M, Moskowitz A. Efficacy of methylphenidate in bulimia nervosa comorbid with attention-deficit hyperactivity disorder: a case report. *Int J Eat Disord.* 1997;21(3): 299-301.
- Lena SM, Chidambaram U, Panarella C, Sambasivan K. Cognitive factors in anorexia nervosa: a case history. *Int J Eat Disord.* 2001;30(3):354-8.
- Drimmer EJ. Stimulant treatment of bulimia nervosa with and without attention-deficit disorder: three case reports. *Nutrition.* 2003;19(1):76-7.
- Kessler RC. Adult ADHD: Clinical Utility and Validity (symposium). In: 157th American Psychiatric Association Annual Meeting; May 1-6, 2004; New York, NY.
- Beglin SJ, Fairburn CG. What is meant by the term binge? *Am J Psychiatry.* 1992;149(1):123-4.
- Steiger H, Lehoux PM, Gauvin L. Impulsivity, dietary control and the urge to binge in bulimic syndromes. *Int J Eat Disord.* 1999;26(3):261-74.
- Heilbrun AB, Worobow AL. Attention and disordered eating behavior: I. Disattention to satiety cues as a risk factor in the development of bulimia. *J Clin Psychol.* 1991;47(1):3-9.
- Vandereycken W, Pierloot R. The significance of subclassification in anorexia nervosa: a comparative study of clinical features in 141 patients. *Psychol Med.* 1983;13(3):543-9.
- Toner BB, Garfinkel PE, Garner DM. Cognitive style of patients with bulimic and diet-restricting anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1987;144(4):510-2.
- Jones BP, Duncan CC, Brouwers P, Mirsky AF. Cognition in eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol.* 1991;13(5):711-28.
- Lauer CJ, Gorzewski B, Gerlinghoff M, Backmund H, Zihl J. Neuropsychological assessments before and after treatment in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res.* 1999; 33(2):129-38.
- McKay SE, Humphries LL, Allen ME, Clawson DR. Neuropsychological test performance of bulimic patients. *Int J Neurosci.* 1986;30(1-2):73-80.
- Heilbrun AB, Worobow AL. Attention and disordered eating behavior: II. Disattention to turbulent inner sensations as a risk factor in the development of anorexia nervosa. *Psychol Rep.* 1990;66(2):67-78.
- Barkley RA, Murphy KR. Attention deficit hyperactivity disorder – a clinical workbook. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1998.
- Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatry Clin North Am.* 2001;24(2):201-14.
- Appolinario JC, Bacaltchuk J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):54-9.
- Appolinario JC. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(2):75-6.

### Correspondência

Paulo Mattos  
Rua Paulo Barreto, 91  
22280-010 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: mattos@attglobal.net