

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA  
MESTRADO E DOUTORADO**

**COMORBIDADE ENTRE TRANSTORNO DE  
HUMOR BIPOLAR E TRANSTORNOS ALIMENTARES**

**MATILDE BIRMAN DORFMAN FRANCO**

**ORIENTADOR: PROF. DR. MARCELO PIO DE ALMEIDA FLECK**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Porto Alegre, 2006**

## **DEDICATÓRIA**

Para Alencar, Artur e Isabela, companheiros de todas as jornadas. Seu apoio constante e amor incondicional são a fonte de energia e o maior estímulo para a vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Faculdade de Medicina desta Universidade, ao Departamento de Psiquiatria e ao Pós-Graduação em Psiquiatria

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Serviço de Psiquiatria  
Instituições que me permitiram uma formação profissional valorizada e completa

Aos Professores Aida Santin e Flavio Kapczinski, pela recepção e apoio no ambulatório de Transtorno Afetivo Bipolar

Aos colegas da equipe de coleta e do Laboratório de Psiquiatria Experimental

Aos colegas do grupo de Qualidade de Vida, pelas opiniões e auxílio

A Daniela Benzano, pelo grande auxílio na análise estatística

Ao Professor Táki Cordás, pela oportunidade do contato próximo com pacientes do ambulatório de transtornos alimentares do Hospital das Clínicas de São Paulo

Ao Professor Aristides Cordioli, pela orientação e estímulo profissionais

Ao Professor Marcelo Fleck, grande amigo e orientador atento e presente

Aos meus pais, pelo estímulo ao estudo

Ao meu marido, porto seguro, pelo exemplo de fibra, competência e generosidade

Aos meus filhos, pela alegria, pelo movimento e pela sua presença na minha vida

## RESUMO

Esta dissertação está desenvolvida de forma a serem apresentados dois artigos científicos.

Inicialmente, é apresentada uma revisão bibliográfica a respeito do assunto. Após a revisão bibliográfica, são expostas as justificativas para que fosse realizada a presente dissertação e, a seguir, os objetivos do trabalho.

Na seqüência, apresentam-se os dois artigos. O primeiro artigo apresenta achados referentes ao diagnóstico da comorbidade em questão. Neste artigo, discute-se a prevalência da comorbidade nesta amostra e os dois instrumentos utilizados para o diagnóstico de transtornos alimentares, avaliando-se a concordância entre ambos. Este artigo mostrou que a prevalência de transtornos alimentares em amostra de pacientes com transtorno de humor bipolar é superior à prevalência encontrada na população geral, especialmente quando se incluem formas mais brandas e atípicas de transtornos alimentares. Também verificou-se que a concordância entre os dois instrumentos utilizados no diagnóstico dos transtornos alimentares é moderada, tendo-se obtido o índice kappa de 0,42.

A seguir, o segundo artigo compara a Qualidade de Vida entre os dois grupos - Transtorno de Humor Bipolar sem comorbidade ou com comorbidade com os Transtornos Alimentares - e aborda a questão dos transtornos alimentares subsindrômicos e sua interferência na Qualidade de Vida. Este trabalho mostrou que existe um prejuízo na Qualidade de Vida daqueles pacientes que apresentam a

comorbidade em relação aos que não apresentam, mesmo quando os transtornos alimentares são incompletos ou atípicos.

Finalizando a dissertação, conclui-se pela importância do tema e da investigação de quadros de transtornos alimentares em pacientes com transtorno de humor bipolar, já que a prevalência desta comorbidade não é pequena. Além disso, o tema assume relevância em função da possibilidade de melhora na Qualidade de Vida dos pacientes com transtorno de humor bipolar ao serem investigados e tratados, quando presentes, também os transtornos alimentares. Também se conclui pela necessidade da utilização de métodos diagnósticos sensíveis e específicos aos transtornos alimentares, sejam eles entrevistas estruturadas ou avaliações clínicas, e que incluam também o diagnóstico de transtornos alimentares parciais e atípicos. Além disso, enfatiza-se a importância de que mais pesquisas a respeito do tema sigam sendo desenvolvidas.

## SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS	7
LISTA DE ABREVIATURAS	8
LISTA DE QUADROS	9
LISTA DE TABELAS	10
1. APRESENTAÇÃO	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	
2.1 Conceito e Diagnóstico de Comorbidade	14
2.2 Modelos de Comorbidade	17
2.3 Estudos de Comorbidade em Transtorno de Humor Bipolar	21
2.4 Estudos de Comorbidade em Transtornos Alimentares	25
2.5 Transtornos Alimentares em comorbidade com Transtorno de Humor Bipolar	34
2.6 Qualidade de Vida em Transtornos Alimentares	37
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
4. JUSTIFICATIVA	44
5. OBJETIVOS	45
6. PRIMEIRO ARTIGO	
6.1 - em português	46
6.2 – em inglês	65
7. SEGUNDO ARTIGO	
7.1 em português	82
7.2 em inglês	98
8. CONCLUSÕES	114
8. ANEXOS	119

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo A – Escala Hamilton de Depressão

Anexo B - WHOQOL-bref

Anexo C – Questionário de Dados Demográficos e da Doença

Anexo D – Consentimento Informado

## LISTA DE ABREVIATURAS

DSM IV – Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, IV ed.

IMC – Índice de Massa Corporal

QV – Qualidade de Vida

SCID – Structured Clinical Interview for DSM IV

TA – Transtorno Alimentar

TANE – Transtorno Alimentar não Especificado

TCAP– Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

THB – Transtorno de Humor Bipolar

THB I – Transtorno de Humor Bipolar, tipo I

THB II – Transtorno de Humor Bipolar, tipo II

TOC – Transtorno Obsessivo-Compulsivo



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro I – Perguntas utilizadas pelo SCID e pelo MINI para avaliar Anorexia Nervosa

Quadro II – Perguntas utilizadas pelo SCID e pelo MINI para avaliar Bulimia Nervosa

## LISTA DE TABELAS

### (primeiro artigo)

Tabela I – Descrição da Amostra de Pacientes bipolares em ambulatório terciário

Tabela II – Prevalência de Transtornos alimentares reconhecidos pelo DSM IV numa amostra de 95 pacientes com Transtorno de Humor Bipolar através do MINI e do SCID

Tabela III – Prevalência de Transtornos Alimentares numa amostra de 95 pacientes com Transtorno de Humor Bipolar

### (segundo artigo)

Tabela I - Descrição do perfil clínico e demográfico dos pacientes com transtorno bipolar sem comorbidade com transtorno alimentar, com comorbidade com quadros subsindrômicos e com comorbidade com quadros completos de transtorno alimentar

Tabela II - Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes bipolares sem comorbidade x com comorbidade com transtorno alimentar

Tabela III - Comparação dos escores de qualidade de vida ajustados pela depressão dos pacientes bipolares sem comorbidade x com comorbidade com transtorno alimentar

Tabela IV - Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes bipolares sem comorbidade x com comorbidade com transtorno alimentar subsindrômico x transtorno alimentar completo

Tabela V - Comparação dos escores de qualidade de vida ajustados pela depressão dos pacientes bipolares sem comorbidade x com comorbidade com transtorno alimentar subsindrômico x transtorno alimentar completo

## APRESENTAÇÃO

O trabalho clínico com seres humanos é uma atividade apaixonante porque permite um contato próximo com as mais variadas formas de reações e adaptação individual que caracterizam ampla faixa de funcionamento considerado normal. Dentro dos quadros da psicopatologia, igualmente há grande variabilidade de manifestações. Esta variabilidade, via de regra, é atribuída a diferentes doenças que acometem os indivíduos ou a maneiras particulares de manifestação dos sintomas em questão. Contudo, a evolução dos estudos diagnósticos tem evidenciado que muitas destas manifestações e a grande variabilidade de características de determinadas doenças poderia, de fato, representar não apenas formas diferentes de apresentação, mas sim a presença de mais de um transtorno.

A partir do momento em que as comorbidades passaram a ser estudadas, desenvolveram-se várias teorias a respeito de quadros tão complexos e ricos do ponto de vista psicopatológico. Divergências surgiram desde aspectos conceituais envolvendo o termo **comorbidade** até a identificação de variações nos estudos de tais quadros.

Especificamente quanto ao Transtorno de Humor Bipolar e sua comorbidade com os Transtornos Alimentares, há muitos sintomas compartilhados. Esta semelhança entre os transtornos, incluindo a ciclicidade de ambos, muitas vezes dificulta a caracterização de cada um individualmente e o diagnóstico diferencial entre eles. Além disso, as medicações usadas no tratamento do Transtorno Bipolar têm como parafefeito alteração nos hábitos alimentares e ganho de peso. Estes são sintomas que podem confundir o clínico quanto à presença de um Transtorno Alimentar comórbido, ou como um sintoma transitório relacionado ao uso da medicação.

Tanto o Transtorno de Humor Bipolar quanto os Transtornos Alimentares podem comprometer sobremaneira a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Também ambos apresentam formas severas em seus extremos e outras formas mais leves. Especialmente nos casos em que um dos dois transtornos apresenta-se de forma mais leve, não é raro que o diagnóstico seja ignorado ou retardado até que sintomas mais proeminentes manifestem-se. Assim, a abordagem do paciente é comprometida e o tratamento adiado. Por este motivo, o indivíduo em questão fica privado de um atendimento completo e tem prejudicada sua adesão ao tratamento.

Em parte por causarem pior adesão e também por tratarem-se de quadros geralmente mais severos, sabe-se que as comorbidades em psiquiatria são responsáveis por piores prognósticos. A importância do estudo das comorbidades em psiquiatria reside, fundamentalmente, na possibilidade de uma abordagem mais completa do paciente e na melhora do prognóstico. Esta foi a motivação principal para a elaboração do presente estudo. Avaliando a presença de Transtornos Alimentares em pacientes em atendimento para Transtorno de Humor Bipolar e estudando detalhadamente suas características, teremos possibilidade de prestar atendimento mais completo e melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos nossos pacientes.

Para o desenvolvimento desta dissertação, foi realizada uma revisão bibliográfica que abrangeu principalmente o período de 1996 a 2005, sobre a base de dados Medline. Palavras-chave utilizadas foram transtorno bipolar/alimentar; mania/transtorno alimentar; transtorno bipolar/comorbidade; transtorno alimentar/comorbidade; compulsão alimentar/transtorno bipolar; compulsão alimentar/mania; qualidade de vida/mania; qualidade de vida/transtorno alimentar. Além disso, foram revisadas algumas referências apresentadas nestes artigos, que

incluíram período anterior a 1996. Não foram revisados aqueles artigos apresentados em idiomas outros que não o inglês, francês, espanhol ou português.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1. conceito e diagnóstico de comorbidade

O valor do conceito de comorbidade para o estudo da Psiquiatria foi há muito tempo reconhecido. Trata-se de um conceito diretamente relacionado à forma como são definidas as doenças, uma vez que os limites estabelecidos entre elas podem ser mais ou menos abrangentes. A própria definição do termo “transtorno” interfere desde tempos remotos nas discussões em torno da comorbidade, já que comorbidade implica na presença simultânea de mais de um transtorno. A idéia de que o transtorno constitui uma síndrome com sintomas típicos e prognóstico característico teve origem no século XVII, apesar de já estar presente na escola Hipocrática (Kendell, 1975). Já o termo “comorbidade” foi enfatizado primeiramente por Feinstein, na década de 70 (Feinstein, 1970), tendo sido introduzido na Psiquiatria por Klerman nos anos 90 (Klerman, 1990). Adquiriu grande importância como objeto de pesquisa nos anos subsequentes.

*Comorbidade* pode ser definida como “presença de duas ou mais patologias em um indivíduo, em período definido de tempo” (Wittchen e Essau, 1993). Desde a introdução deste conceito na Psiquiatria, surgiram várias discussões em torno da sua definição. Uma das razões para as discussões tem origem na própria definição do que seria um transtorno. Desde muito cedo, estabeleceram-se divergências que vão desde o significado do termo até a metodologia utilizada nas pesquisas que investigam a presença das comorbidades e a relação entre as doenças em estudo.

Wittchen (1996) afirma que

“..podemos agora concluir que a comorbidade não é apenas um artefato produzido pelo acaso, padrões específicos de busca de atendimento , características da população ou da amostra ... a co-ocorrência de mais de um transtorno em uma pessoa não é um fenômeno raro... pelo menos um terço de todos os casos em amostras de população geral preenchem critérios diagnósticos para mais de um transtorno.“

Wittchen acrescenta, ainda, que a ocorrência de comorbidade é especialmente prevalente quando consideramos a vida inteira do indivíduo, e não apenas o momento atual.

O aspecto da ocorrência das comorbidades durante todo o período de vida do indivíduo foi também enfatizado por Feinstein, em 1970, enquanto outros autores aplicam o termo unicamente em situações de sobreposição diagnóstica. O diagnóstico das comorbidades e sua prevalência é diretamente dependente deste olhar temporal dos estudos, que podem ser transversais, de seguimento ou longitudinais.

Além das diferenças quanto ao intervalo de tempo estudado, também a forma de abordar o diagnóstico, o foco do estudo e sua análise diferem conforme o modelo utilizado.

O termo “comorbidade” muitas vezes é utilizado em estudos que abordam não apenas transtornos bem definidos, mas também sintomas e síndromes psiquiátricas. Desta forma, não são bem descritos os critérios diagnósticos e de exclusão para que se diagnostique a comorbidade. A falta de uniformização quanto às classes de transtornos mentais a serem consideradas em cada estudo, bem

como quanto aos eixos diagnósticos envolvidos, são aspectos que tornam nebuloso o estudo da prevalência das comorbidades. Também a análise estatística deve controlar resultados provenientes do acaso para que os resultados sejam fidedignos.

Além do aspecto temporal e das variações em relação às classes de transtornos mentais envolvidos nos estudos, a introdução de entrevistas estruturadas no exame psiquiátrico influenciou sobremaneira a detecção das comorbidades em Psiquiatria, já que estas incluem uma investigação padronizada e estruturada das diferentes categorias diagnósticas (estratégia que o psiquiatra espontaneamente não costuma utilizar). Este método torna a avaliação diagnóstica mais sensível na detecção de comorbidades. Tais entrevistas constituem uma evolução não apenas em termos diagnósticos, mas também de tratamento, quando comparadas às entrevistas não estruturadas. Alguns estudos mostram que instrumentos padronizados identificam duas a três vezes mais diagnósticos do que seria identificado em entrevistas diagnósticas de rotina, e que a abordagem através de entrevistas não estruturadas limita de forma importante o reconhecimento de comorbidades (Zimmerman e Mattia, 1999). Por outro lado, a avaliação clínica orienta a investigação no sentido de uma maior especificidade diagnóstica. Além disso, tem sido verificado por alguns autores que o “sub-reconhecimento” varia conforme o transtorno – por exemplo, a busca de atendimento por depressão comórbida poderia dificultar a identificação de algum outro diagnóstico não especificamente investigado (Zimmerman e Mattia, 1999). É fundamental que, na busca de sensibilidade dos instrumentos diagnósticos, sejam eles as entrevistas estruturadas ou a avaliação clínica, não se perca de vista a importância da



especificidade dos instrumentos, já que tal perda aumentaria equivocadamente a prevalência dos transtornos.

A importância de que se façam diagnósticos corretos e completos é um dos fatores a estimular estudos que comparam entrevistas clínicas com instrumentos diagnósticos, ou instrumentos diagnósticos entre si. A forma de abordagem dos transtornos, até mesmo o formato da entrevista clínica e outras pequenas modificações na investigação influenciam o relato de sintomas e, por isso, o diagnóstico (Kessler e cols, 1994).

Assim, cada estudo que aborda comorbidades é significativamente influenciado por fatores variados, a começar pela própria compreensão que os autores têm da definição do termo. A partir desta diferença básica, as pesquisas enfocam de formas também diferentes as comorbidades, usam instrumentos diversos, abordam períodos de tempo diferentes, consideram diferentes quadros diagnósticos e, assim, as prevalências encontradas também variam dentro de uma faixa bastante ampla.

## 2. modelos de comorbidade

No contexto da discussão conceitual que envolve as comorbidades, questiona-se a possibilidade de que esta seja uma condição em que de fato não ocorra mais de um transtorno. Algumas hipóteses para este questionamento envolvem (1) a ausência de relação sistemática entre os transtornos considerados comórbidos; (2) a comorbidade como característica de alguns estudos, métodos de abordagem e regiões (e não todos) e (3) a comorbidade como um artefato introduzido por padrões de busca de atendimento.

A relação entre duas doenças que existem simultaneamente pode estabelecer-se em princípio através de 4 grandes modelos (Wittchen, 1996):

- (1) uma doença determinando a outra;
- (2) uma doença criando condições que predisponham ao aparecimento da outra;
- (3) um fator comum atuando na origem das duas doenças;
- (4) fatores potencialmente ativos que interagem entre si e causam uma ou mais doenças.

Tal discussão evidencia dúvidas especialmente inquietantes a respeito do assunto. O fato de que algumas doenças precedem a instalação de outras implica em que haja um mecanismo causal entre elas? Tratam-se de manifestações diferentes de uma mesma patologia? Existe uma etiologia comum?

Os estudos científicos enfocando comorbidades tiveram um desenvolvimento simultâneo ao das classificações diagnósticas psiquiátricas. O RDC -“Research Diagnostic Criteria” - , de 1978, e o DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) , este publicado em 1980 (APA, 1980), operacionalizaram os critérios diagnóstico dos transtornos mentais criando novos constructos (como o de Depressão Maior, por exemplo) e redefinindo os pré-existentes. Desta forma, tornou-se possível e freqüente a situação de um doente ter múltiplas “doenças”.

O reconhecimento das comorbidades na área da Psiquiatria é de grande importância clínica, principalmente em vista da elevada prevalência destes quadros. Pelo menos 30% dos casos estudados em amostras da população geral preenchem critérios para mais de uma doença psiquiátrica (Wittchen, 1996). Ao serem estudadas amostras clínicas, esta proporção pode chegar a 67% (McElroy e cols, 2001). Além disso, a existência de comorbidades implica em pior prognóstico,

impondo um manejo mais abrangente do paciente e seus transtornos. Mesmo assim, as comorbidades têm sido subdiagnosticadas em Psiquiatria.

Mc Elroy e colaboradores (2001) apontam a sobreposição de sintomas entre diferentes transtornos como uma limitação dos estudos sobre comorbidade, já que desta forma as prevalências podem ser artificialmente elevadas, ao serem atribuídos sintomas de determinados transtornos a outros. Eles afirmam que “uma complicação importante dos estudos de comorbidade é que à medida que o número de diagnósticos psiquiátricos reconhecidos aumenta, aumentam também as taxas de comorbidade”.

A forma como se relacionam as doenças em questão e as dúvidas referentes a este tema originaram o agrupamento dos pesquisadores em dois grandes grupos:

1) “splitters” (“divisores”), aqueles que defendem a idéia da especificidade de quadros clínicos, na busca de diagnósticos mais “puros”. Neste caso, o conceito de comorbidade seria particularmente útil. O argumento é atualmente defendido pelos pesquisadores que buscam encontrar bases neurobiológicas e genéticas dos transtornos mentais, e o estudo de pacientes com quadros “puros” facilitaria o encontro desta possível base.

2) “lumpers” (“aglomeradores”) são aqueles que consideram a comorbidade “não como um fato mas como um artefato” que se estabelece a partir da separação de doenças em grupos diferentes quando, na realidade, pertenceriam a uma mesma categoria diagnóstica. Este grupo embasa sua visão na apresentação dos quadros psiquiátricos em que, em amostras clínicas, a comorbidade é mais a regra do que a exceção. Considera que a idéia de comorbidade e o estudo dos “casos puros” pode inclusive dificultar a transposição dos achados de pesquisa para a prática clínica.

McElroy e colaboradores (2004), ao discutir os modelos teóricos possíveis para que se entenda a natureza da co-ocorrência de transtornos bipolares e transtornos alimentares, propõem 3 modelos conceituais:

1. Ambas as doenças seriam fisiopatologicamente distintas coincidindo pelo acaso, mas com frequência significativa por serem ambas doenças comuns. Desta forma, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e formas subclínicas e leves de bipolaridade poderiam co-ocorrer com maior probabilidade (comparados a anorexia nervosa e THB I) simplesmente por serem as formas mais comuns de seus espectros diagnósticos.

2. A ocorrência de condutas alimentares patológicas é comum em estados afetivos maníacos, depressivos e mistos, e, por outro lado, a instabilidade afetiva e sintomas de humor seriam comuns em transtornos alimentares. Desta forma, os dois transtornos compartilhariam a mesma fisiopatologia e, portanto, seriam manifestações da mesma anormalidade básica.

3. As doenças co-ocorrem porque são doenças individuais mas fisiopatologicamente relacionadas. Este modelo explicaria as diferenças entre os transtornos, que teriam o risco aumentado por fatores genéticos sobrepostos que influenciam para ambas as doenças. Ainda dentro deste modelo, alguns transtornos alimentares podem ser mais provavelmente relacionados ao transtorno bipolar do que outros.

Pesquisas que abordam a ocorrência de transtornos psiquiátricos em grupos familiares têm sido valorizadas no meio científico, já que permitem estudos de causalidade e de relação entre transtornos variados. Desta forma, contribuem também para que se encontrem mais dados a respeito de comorbidade. Muitas

vezes, estes estudos corroboram a impressão de que algumas doenças são mais prevalentes dentro de determinadas famílias.

Dilsaver e White (1986) descrevem uma família em que a mãe e três filhos apresentam transtorno afetivo maior e encontram, a partir da avaliação de 41 familiares biológicos deste grupo familiar (familiares em 1º e 2º grau) associação entre bipolaridade, bulimia, ataques de pânico e fenômenos obsessivo-compulsivos.

Há estudos que sugerem também uma vulnerabilidade familiar para anorexia nervosa e bulimia, com aumento do risco de formas subclínicas de transtornos alimentares em familiares de sujeitos com transtornos alimentares diagnosticados (Lilenfeld e cols, 1998).

Estes resultados indicam que, de fato, alguns transtornos psiquiátricos podem apresentar uma etiologia comum, o que explicaria a maior prevalência de alguns deles em determinados agrupamentos familiares.

### 3. estudos de comorbidade em transtorno de humor bipolar

O conceito de transtorno bipolar passou por uma grande evolução desde sua introdução na nosologia psiquiátrica. De uma abordagem dicotômica representada pelos dois extremos, desde a ausência do transtorno até a presença do THB I, passou-se a considerar uma categorização progressiva de estados intermediários. A inclusão destes estados alternativos ao conceito unitário prévio, contudo, pode ser considerada excessivamente abrangente por alguns.

Por outro lado, a dicotomia oficial não abrange quadros subclínicos, quadros estes que seriam incluídos dentro de uma ampla faixa de maior ou menor gravidade, o que é abordado por outros autores (Akiskal, 2003; Hirschfeld, 2001). Hirschfeld (2001) propõe a existência de um espectro bipolar, onde entende que ocorrem

quadros intermediários desde o THB I até a ausência do transtorno. Sob esta óptica, a prevalência de 1% encontrada quando se considera apenas o THB I subestimaria a ocorrência do transtorno. Ele apresenta o conceito de Transtorno do Espectro Bipolar, e afirma que se trata de um diagnóstico longitudinal que inclui desde flutuações anormais do humor até a psicose franca da mania. Acrescenta, ainda, que a maioria dos portadores do transtorno bipolar procura atendimento apenas na fase depressiva, retardando o diagnóstico, com conseqüências danosas ao paciente. Em função disto, sugere que os clínicos que recebem pacientes que buscam atendimento por quadros de Depressão Maior considerem sempre o THB como possibilidade diagnóstica.

Contudo, a existência do espectro bipolar e inclusão de quadros muito leves e subclínicos no diagnóstico de THB implica no risco de que quadros leves sejam considerados transtornos tão merecedores de tratamento medicamentoso quanto aqueles quadros clássicos de mania. É possível que estes quadros leves não estejam distribuídos no mesmo *continuum* da mania clássica. Na verdade, deve ser levada em conta a gravidade do quadro e avaliados os riscos e benefícios do tratamento medicamentoso em quadros leves.

A variabilidade na apresentação do THB, não raramente, dificulta o seu diagnóstico. Por isso, a avaliação individual e cuidadosa de cada paciente é fundamental no diagnóstico das comorbidades. A forma de apresentação e o manejo do transtorno bipolar em grupos específicos nem sempre são iguais, e a abordagem torna-se ainda mais complexa em vista da alta prevalência de comorbidades em eixo I (até 60%) nos pacientes bipolares (Cassano e cols, 2000).

A maioria dos estudos aponta que a presença de comorbidade está associada a pior curso e prognóstico da doença bipolar, e que tem alta prevalência, podendo atingir 65% (McElroy e cols, 2001).

Especificamente em relação à comorbidade dos transtornos alimentares com transtorno de humor bipolar, a carência de estudos científicos é óbvia. Poucos estudos têm sido realizados nos últimos anos, sendo uma das hipóteses para a aparente negligência em relação ao assunto a baixa prevalência de TA na população, principalmente quando considerados apenas em suas formas plenas (anorexia nervosa e bulimia).

Ocorre que casos de transtorno alimentar podem não ser detectados pelo clínico por não serem considerados prováveis, e então não especificamente investigados. Contudo, há indicadores que sugerem a presença de transtorno alimentar em alguns pacientes que se apresentam com THB. Estes indicadores podem ser a recusa do paciente de utilizar estabilizadores do humor por medo do ganho de peso, o ganho rápido de peso com ou sem tratamento com estabilizadores do humor, e um distúrbio severo do peso (sobrepeso, obesidade ou peso inferior ao desejado) (McElroy e cols, 2004).

Da mesma forma que o THB, os transtornos alimentares também podem se apresentar em graus variados de gravidade que vão desde a ausência de sintomas até quadros severos de anorexia nervosa ou bulimia. Além destes quadros extremos, ocorrem quadros parciais ou atípicos. Por isso, devem ser especificamente investigados. Há relatos de casos em que a ocorrência de um transtorno alimentar parece improvável, mas que se confirmou na evolução ou no acompanhamento atento do paciente (Jonas e cols, 1984).

A comorbidade entre transtorno bipolar e transtorno alimentar tem muitas e grandes implicações no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e prognóstico. Alguns sintomas presentes nos dois grupos de patologias por vezes confundem o esclarecimento diagnóstico. Kochman e colaboradores (1997) comparam os transtornos alimentares com transtornos afetivos uni e bipolares, encontrando semelhança clínica principalmente em relação ao aspecto cíclico de ambas as patologias. Além disso, inúmeras medicações usadas no tratamento dos transtornos do humor provocam alterações na preferência por alimentos (aumentando o apetite por carboidratos), diminuição do controle sobre o comportamento alimentar e, conseqüentemente, ganho de peso.

Tem sido verificado que o uso de drogas antipsicóticas aumenta a prevalência de obesidade e sobrepeso nos pacientes, principalmente nas mulheres, enquanto que a obesidade – e não o sobrepeso - é mais comum em homens em tratamento do que em controles masculinos (Elmslie e cols, 2001). Especificamente nos pacientes bipolares, há outros fatores em estudo que influenciam o ganho de peso, quais sejam, um excesso de ingestão de bebidas não alcoólicas e carboidratos, maior consumo de açúcar, menos atividade física (Elmslie e cols, 2000). Assim, a maior prevalência de obesidade e sobrepeso em pacientes bipolares seria determinada por grande quantidade de carboidratos e açúcar na dieta, potencializados pela boca seca causada pela medicação. Além disso, há um efeito sedativo que afeta a coordenação e motivação, o que compromete a atividade física destes indivíduos. Todos estes são fatores que favorecem o ganho de peso. O sobrepeso, por sua vez, e fatores a ele relacionados constituem fatores de risco para os transtornos alimentares (Fairburn e Brownell, 2002).



A obesidade encontrada em pacientes bipolares pode ter a contribuição de TA comórbidos. Por outro lado, a bipolaridade comórbida pode contribuir para a resistência ao tratamento vista em pacientes que apresentam algum TA (Simpson e cols, 1992). Fatores de risco para sobrepeso e obesidade em pacientes bipolares têm sido abordados, já que muitas medicações usadas no tratamento do transtorno bipolar sabidamente causam ganho de peso. Contudo, os autores enfatizam que há necessidade de que o impacto das comorbidades psiquiátricas - especialmente do TCAP - seja mais bem delineado, assim como outros fatores de risco para transtornos alimentares em pacientes que sofrem de THB (Keck e McElroy, 2004). Neste sentido, os estudos apontam a importância de que a avaliação de pacientes com THB inclua o peso e o Índice de Massa Corporal (IMC), assim como fatores associados a sobrepeso e obesidade. Sugerem também que os pacientes sejam especificamente questionados a respeito de compulsão alimentar e transtornos em que este sintoma está presente (TCAP e bulimia) (McElroy e cols, 2002).

#### 4. estudos de comorbidade em transtornos alimentares

##### 4.1 Histórico

Desde a Idade Média, há descrições de comportamentos de mulheres que jejuavam. A estas práticas eram agregadas conotações religiosas - como uma forma de aproximação com Deus ou manifestação de possessão demoníaca. São descritos casos de meninas que chegavam à morte por inanição, sendo conhecido o caso de Santa Catarina de Siena, que iniciou tal quadro após ser prometida em casamento (Cordás e Claudino, 2002).

Ao final do século XVII, Morton fez o primeiro relato médico de anorexia nervosa. Apesar de referido como tal, seus estudos não chamaram atenção da comunidade científica até serem redescobertos três séculos depois.

A descrição do transtorno segue com Laségue, em 1873, e no ano seguinte William Gull descreve a “apepsia histérica”. Em 1874 foi publicado pela primeira vez o termo “anorexia nervosa”, com as características clínicas de “perda de peso severa, amenorréia, constipação, inquietação e ausência de patologia orgânica evidente” (Fairburn e Brownell, 2002). Em 1903, Janet relata um caso que chamou “anorexie mental”, onde descreve a necessidade de emagrecer como um movimento na direção do retardo do desenvolvimento sexual.

O desenvolvimento do conceito de bulimia começou a partir de Hipócrates, e foi Russel, em 1979, que a definiu da forma como ainda hoje fazemos (Cordás e Claudino, 2002).

Mais recentemente, as classificações diagnósticas passaram a incluir o Transtorno Alimentar não Especificado como quadros que não preenchem todos os critérios para anorexia ou bulimia (APA, 1994). Desta forma, incluem indivíduos com síndromes parciais em um espectro mais amplo de transtornos alimentares. O *transtorno alimentar não especificado*, por incluir todos aqueles transtornos que não preenchem critérios para anorexia nervosa ou bulimia, pode ser considerado o grupo diagnóstico de casos menos severos de TA (Key e Lacey, 2002).

#### 4.2 Comorbidades mais freqüentes em Transtornos Alimentares

Além do THB, também outras comorbidades têm sido associadas aos TA (anorexia nervosa e bulimia), quais sejam, abuso de substâncias, transtornos de personalidade, de ansiedade e obesidade (Braun e cols, 1994; Bushnell e cols,

1994; Halmi e cols, 1991; Herzog e cols, 1996). Contudo, questões relativas ao conceito de comorbidade exercem influência direta sobre prevalências encontradas, já que algumas pesquisas, diante da coexistência de sintomas afetivos e alimentares, levam os autores a sugerir que os sintomas afetivos sejam “parte de um transtorno subjacente primário, e o transtorno alimentar apenas um sintoma deste transtorno subjacente” (Rastam e cols, 1995).

A presença das comorbidades exerce grande influência sobre o tratamento dos TA, e este é um dos motivos pelos quais devem ser claramente delineados e efetivamente testados modelos que expliquem as comorbidades associadas aos TA (Wonderlich e Mitchell, 1997).

Diferentes estudos identificam diferentes comorbidades associadas a cada um dos transtornos alimentares; contudo, a maioria destes estudos enfatiza a relevância dos transtornos de humor nos quadros comórbidos com transtornos alimentares. A prevalência de THB II encontrada pode ser de 9,7% (Herzog e cols, 1996) até 56% (Simpson e cols, 1992), porém em anoréticos, relatos sobre a ocorrência de transtornos afetivos encontram prevalências que variam desde 52% até 98%.

A depressão é apontada pela maioria dos autores como a maior parte dos diagnósticos em eixo I, o transtorno afetivo mais comum em anoréticos (Herzog e cols, 1996). Indicadores de THB em pacientes com transtorno alimentar podem incluir idade precoce de transtornos de eixo I, alto grau de recorrência de depressão, impulsividade, história familiar de bipolaridade e resposta pobre ao tratamento padrão do transtorno alimentar (McElroy e cols, 2004).

De um modo geral, os estudos têm demonstrado não apenas uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes do que em controles, mas

uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos também em familiares de pacientes com TA. Os transtornos psiquiátricos mais comumente diagnosticados em pacientes e também em familiares são os transtornos afetivos e de ansiedade (Halmi e cols, 1991).

As comorbidades em pacientes com transtornos alimentares foram examinadas por Braun e colaboradores (1994). Eles avaliaram 105 pacientes, dos quais 81,9% tinham comorbidade em eixo I, sendo as mais comuns os transtornos afetivos, de ansiedade e dependência de substâncias. 62% dos pacientes apresentavam alguma história de transtorno afetivo, e 50,5% haviam tido pelo menos um episódio de depressão maior. Considerando os pacientes com diagnóstico duplo de transtorno alimentar (anorexia nervosa - bulimia), estes eram mais propensos a ter depressão maior do que os grupos com um único diagnóstico. Quanto aos transtornos de ansiedade, foram mais comuns no grupo com ambos os diagnósticos (anorexia nervosa e bulimia). Dependência de substâncias (álcool ou drogas) foi diagnosticada em 37% da amostra, sendo tal diagnóstico menos provável no grupo com anorexia do tipo restritiva. Em relação ao eixo II, 68,6% do grupo apresentou algum transtorno de personalidade. Os autores identificaram, nesta amostra, a comorbidade como regra, especialmente no grupo de bulímicos, e os transtornos afetivos como os diagnósticos comórbidos mais comuns.

Os transtornos de humor ocupam o lugar das comorbidades de maior prevalência com transtornos alimentares em todos os estudos consultados, tanto os transversais quanto de seguimento, inclusive em amostras constituídas por crianças (Saccomani e cols, 1998). Alguns estudos incluem, além da depressão e do THB, transtornos esquizoafetivos como comorbidade de prevalência significativa na anorexia nervosa (Rastam e cols, 1995).

A relação entre os transtornos afetivos, basicamente a depressão, e os TA, também foi revisada por Swift e colaboradores (1986). O estudo aponta a relação inequívoca entre a depressão e os TA, sem que até o momento estivesse identificada a natureza desta relação. A revisão considera a depressão na abordagem dos transtornos de humor e faz pouca referência ao transtorno bipolar, indicando uma tendência de um período anterior à tendência atual, período este em que pouco se incluía o THB na discussão da comorbidade com os TA. Contudo, a coincidência entre THB e sintomatologia alimentar não deixa de ser identificada por outros autores (Ghadirian e cols, 1989).

A comparação entre controles e pacientes com transtornos alimentares evidencia, em vários estudos, prevalência muito maior de transtornos afetivos nos pacientes (até quatro vezes maior) em relação aos controles, assim como significativa comorbidade dos transtornos de ansiedade com anorexia nervosa (Halmi e cols, 1991; Kochman e cols, 1997; Bushnell e cols, 1994).

Alguns estudos ainda apontam o abuso de substâncias, além dos transtornos de humor, como comorbidade de prevalência significativa (Striegel-Moore e cols, 1999).

Estudos de comorbidade também abordam a relação de causalidade entre os transtornos. Tem sido verificado que há diferenças entre as comorbidades envolvidas na bulimia ou na anorexia, tanto em eixo I quanto em eixo II (O'Brien e Vincent, 2003). Quadros de abuso de substâncias, por exemplo, apresentam associação principalmente com bulimia, mas não caracteristicamente com anorexia nervosa restritiva, podendo a prevalência ser de 22,9%. Também tem sido encontrada correlação significativa de anorexia com distímia, TOC, fobia social e agorafobia. A comorbidade de anorexia nervosa com transtornos de ansiedade

varia, segundo diferentes estudos, entre 20 e 65%, enquanto que em pacientes bulímicas os valores estão entre 13 e 70% (Wonderlich e Mitchell, 1997). Em anoréticas, fobia social e TOC são as comorbidades mais comumente encontradas.

No que diz respeito à relação de causalidade entre transtornos comórbidos, há sugestões de que a alta prevalência de THB em casos severos de TA possa ser fator de manutenção (e não desencadeante) dos transtornos alimentares (Simpson e cols, 1992).

Também estudando comorbidades psiquiátricas em pacientes com transtornos alimentares (especificamente compulsão alimentar), Yanovski e colaboradores (1993) entrevistaram 89 mulheres obesas e 39 homens obesos. O diagnóstico de TCAP foi encontrado em 34% dos indivíduos, que mostraram probabilidade significativamente maior de apresentar outro diagnóstico de eixo I ou II quando comparados com os indivíduos obesos sem compulsão. Em eixo I, os diagnósticos mais prováveis foram depressão maior (51%), distímia (16%), abuso de substâncias (12%), abuso de álcool e transtorno do pânico (cada um 9%) e bulimia e abuso de substâncias (cada um com 7%). No total, 60% dos pacientes com compulsão apresentaram alguma comorbidade em eixo I, enquanto que no grupo sem compulsão 34% apresentaram comorbidade. Verifica-se, portanto, que o transtorno da compulsão alimentar periódica é significativamente associado a comorbidades psiquiátricas, o que pode explicar alguns resultados divergentes em estudos que buscam determinar a prevalência de psicopatologia na obesidade.

### 4.3 Comorbidades em grupos familiares

A busca de maiores definições no estudo das comorbidades em transtornos alimentares passa, obrigatoriamente, pela investigação de transtornos em familiares dos pacientes. Estudando os pais de pacientes com anorexia nervosa, alguns autores encontraram número significativamente maior de diagnósticos psiquiátricos do que entre pais de controles (Wonderlich e Mitchell, 1997). Este achado é confirmado por Lilienfeld e colaboradores (1998), que encontraram maior prevalência de formas subclínicas de transtorno alimentar, depressão maior e TOC em familiares de pacientes anoréticas e bulímicas do que em controles.

A forma de transmissão das patologias e os fatores causais da agregação em famílias é questão adicional merecedora de discussão (Lilienfeld e cols, 1998). O estudo da psicopatologia familiar enriquece significativamente a avaliação das comorbidades em transtornos alimentares, a começar pela discussão conceitual a respeito de serem os diferentes transtornos psiquiátricos originados a partir de uma predisposição comum. A vulnerabilidade a alguns transtornos em determinados grupos familiares, e a associação dentro dos próprios grupos, entre diferentes transtornos, pode ser esclarecedora neste sentido (Dilsaver e White, 1986). De fato, doenças diversas podem ser diferentes expressões fenotípicas dentro de uma família ou no mesmo indivíduo. A identificação do transtorno afetivo unipolar e bipolar como os transtornos psiquiátricos mais prevalentes em familiares de pacientes com anorexia nervosa provavelmente constitui evidência da relação entre os dois transtornos.

#### 4.4 Obesidade em Transtornos Psiquiátricos

Paralelamente, há estudos que relacionam a obesidade com sintomas afetivos. Sabendo-se que a obesidade é fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, considera-se importante o estudo desta relação. A inclusão do TCAP às categorias diagnósticas de transtornos alimentares (diagnóstico introduzido em 1994) põe em evidência a obesidade como achado muitas vezes associado a outras doenças psiquiátricas. Isto ocorre porque grande parte dos pacientes com TCAP apresenta obesidade – 30% dos pacientes que buscam tratamento para controle de peso apresentam este diagnóstico. No sentido de relacionar a obesidade com transtornos psiquiátricos, alguns estudos têm discutido a relação de depressão com IMC (Erickson e cols, 2000; Roberts e cols, 2000).

É elevada a associação entre compulsão alimentar e psicopatologia (Mitchell e Mussel, 1995), sendo alta a prevalência de depressão e outros sintomas psiquiátricos em indivíduos com compulsão. Há, inclusive, correlação direta, segundo os autores, entre a frequência e severidade da compulsão com os sintomas psiquiátricos. Indivíduos com TCAP, segundo os estudos, tendem a ter mais baixa auto-estima, serem mais impulsivos e sentir-se mais desmoralizados, e por isso apresentariam maiores níveis de psicopatologia (particularmente afetiva). Neste sentido, questiona-se qual seria a ordem de desenvolvimento das doenças e a possível relação causal entre elas. Pine (2001) relaciona depressão na infância com IMC na idade adulta, questionando a forma como se estabelece esta relação. Os estudos têm apontado que a alta prevalência dos transtornos psiquiátricos em indivíduos com IMC alto pode estar relacionada ao dano psicossocial causado pela obesidade extrema na adolescência. Adolescentes extremamente obesos, segundo estudo de Britz e colaboradores (2000), apresentam alta prevalência de transtornos



alimentares, somatoformes, de humor e de ansiedade quando comparados a grupo controle. Mais de 40% dos casos da amostra por ele estudada apresentaram transtorno do humor segundo critérios do DSM IV.

Contudo, é necessário que a obesidade seja avaliada diferentemente na presença ou ausência de transtorno alimentar. Não são todos os obesos que sofrem de algum transtorno, e alguns estudos em indivíduos obesos já têm identificado diferenças no que diz respeito a comorbidades e sintomas psiquiátricos entre obesos com ou sem transtornos alimentares (geralmente TCAP) (Britz e cols, 2000). Os indivíduos da população geral (obesos ou não) tendem a apresentar prevalências semelhantes de transtornos psiquiátricos, prevalências estas menores do que aquelas apresentadas por obesos em tratamento. Já os transtornos alimentares são mais freqüentes nos pacientes, sendo o tipo mais comum o TANE. Além disso, verifica-se uma tendência dos pacientes localizarem o quadro de obesidade antes do início do TCAP. Questiona-se a existência de um espectro dentro dos TA, onde quadros menos severos ou incompletos poderiam evoluir para quadros completos descritos pelo DSM IV (Britz e cols, 2000).

Os autores afirmam que

“A alta prevalência de psicopatologia nestes indivíduos extremamente obesos lembram achados em pacientes com transtornos alimentares. Tanto na anorexia quanto na bulimia, transtorno de humor e de ansiedade co-ocorrem ou iniciam antes ou depois do transtorno alimentar”.

Faz-se necessário, então, estabelecer a diferença entre indivíduos obesos e pacientes obesos com TCAP, já que os estudos mostram que a presença de

compulsão alimentar - e não de obesidade - está relacionada a maior prevalência de algum diagnóstico em eixo I (Fontenelle e cols, 2006).

Um aspecto importante desta discussão é o fato de que a obesidade, por si só, não implica em que haja algum transtorno psiquiátrico, seja ele alimentar ou não. Contudo, pacientes que apresentam TCAP geralmente são obesos, uma vez que não utilizam os métodos compensatórios característicos da bulimia e, assim, ganham peso progressivamente. Dentro da atenção com o diagnóstico, é fundamental que se faça esta diferença não só quando o motivo da busca de atendimento é a obesidade (com ou sem transtorno alimentar), mas também quando o foco é dirigido a algum outro transtorno psiquiátrico.

#### 5. Transtornos alimentares em comorbidade com transtorno de humor bipolar

A multiplicidade de sintomas compartilhados entre transtornos alimentares e transtorno afetivo bipolar confunde e intriga os investigadores da área. Mesmo assim, há um lapso enorme entre as primeiras descrições bem documentadas de anorexia nervosa, que datam de 1600, e o uso de critérios específicos para investigação de outros diagnósticos psiquiátricos nestes pacientes – este, ocorrido não antes da década de 1980. Várias hipóteses já foram apontadas para tal comorbidade, quais sejam, que os TA sejam uma variedade de THB, que a Anorexia nervosa seja causa de depressão, entre outras.

Mury e colaboradores (1995) apontam a escassez de estudos que avaliem as implicações terapêuticas da associação entre bulimia e THB. Por outro lado, os dados da literatura mostram maior prevalência de transtorno bipolar em familiares de pacientes bulímicos quando comparados com a população geral (Kasset e cols,

1989) e há estudos que evidenciam a variação sazonal da bulimia, com piora dos sintomas bulímicos no inverno, da mesma forma que ocorre piora de algumas depressões nesta estação do ano (Mury e cols, 1995).

Alguns estudos científicos apontam a estreita relação entre a bulimia e os transtornos de humor. O benefício muitas vezes obtido por pacientes bulímicos com o uso de estabilizadores de humor, principalmente nos casos em que há antecedentes familiares de transtornos de humor (especialmente os bipolares), variações sazonais das condutas bulímicas e depressão “de inverno” seriam indicativos da relação entre estes transtornos (Mury e cols, 1995).

A semelhança entre parafeitos de medicações usadas no tratamento dos THB e alguns sintomas característicos dos TA – por exemplo, episódios de compulsão alimentar – acrescentam dificuldades ao esclarecimento diagnóstico destes casos. Por outro lado, o ganho de peso causado pelas mesmas classes de medicamentos (notadamente os estabilizadores do humor, além dos antipsicóticos) pode ser fator concorrente para o desenvolvimento de um TA, uma vez que o sobrepeso é de fato um predisponente ao desenvolvimento dos TA.

A importância de uma abordagem diagnóstica esclarecedora reside, entre outros, no fato de que algumas medicações podem precipitar transtornos até então ocultos. Por este motivo, é fundamental a investigação de THB em pacientes que apresentam bulimia, uma vez que a medicação antidepressiva usada em altas doses no tratamento da bulimia pode desencadear THB. Nestes casos, estaria indicado o uso de medicação estabilizadora do humor (Shisslak e cols, 1991).

Sendo a mania e a anorexia nervosa as formas mais raras e severas dos respectivos transtornos, a associação de ambas é, provavelmente, a forma menos freqüente de comorbidade de transtorno alimentar com transtorno bipolar. Porém,

considerada a ocorrência de formas mais leves de transtornos alimentares e bipolares é provável que a comorbidade seja condição mais prevalente. A inclusão de indivíduos com sintomas subsindrômicos de ambos transtornos aumenta significativamente a prevalência da comorbidade. Paralelamente, tem sido verificado que os TA ocorrem em pacientes com THB mais comumente do que na população geral, e que o THB é mais comumente relacionado à bulimia do que à anorexia nervosa (McElroy e cols, 2004).

A presença de sintomas depressivos atípicos tanto na bipolaridade quanto em quadros de compulsão alimentar evidencia semelhanças diagnósticas. Encontram-se, também, sintomas bipolares nos transtornos alimentares, que incluem desregulação do humor, ativação comportamental e “insight” pobre e psicose na anorexia nervosa. A ativação comportamental nos TA também pode ser sugerida a partir da “dependência a exercícios” que muitos pacientes bulímicos apresentam. Além disso, as observações permitem relacionar o THB à compulsividade, que por sua vez é relacionada aos TA (anorexia e bulimia). Já os pacientes com compulsão e suas características de impulsividade também se assemelham aos pacientes com THB neste sentido. Existem indicativos de que alguns pacientes com TA e achados de impulsividade ou impulsividade alternada com compulsividade sejam na verdade pacientes com bipolaridade comórbida, incluindo formas subclínicas de estados mistos (McElroy e cols, 2004).

A questão relacionada aos modelos de comorbidade é de que forma as semelhanças fenomenológicas entre THB e TA representam verdadeira comorbidade ou dimensões comportamentais subjacentes compartilhadas. O ganho de peso como achado clínico das depressões atípicas (mais comuns em quadros bipolares do que nas depressões melancólicas) merece atenção como fator de

confusão adicional, uma vez que o ganho de peso também é achado típico de alguns transtornos alimentares (notadamente o TCC).

## 6. Qualidade de vida e transtornos alimentares

Apesar de serem escassos os estudos que abordam a QV em transtornos alimentares, tem crescido o interesse na área. Variações entre os diferentes transtornos alimentares e sua gravidade, bem como a forma como interferem nos diferentes domínios da QV são alguns dos aspectos estudados.

Como regra geral, tem sido verificado que a QV de indivíduos com TA é pior do que a QV de indivíduos normais, e, em alguns estudos, pior mesmo do que de pacientes com THB, ainda que estes sejam indivíduos com história afirmativa de TA no passado (De la Rie e cols, 2005).

A comparação da QV entre os diferentes transtornos alimentares (bulimia, TANE, TA prévio) não tem mostrado diferenças, porém mostra-se pior do que em indivíduos normais e indivíduos com transtornos de humor (De la Rie e cols, 2005). Os domínios mais prejudicados nestes pacientes são o funcionamento social, papel emocional e saúde mental. O escore no funcionamento físico tem se mostrado, em pacientes com transtornos alimentares, inversamente proporcional à preocupação com a forma física, ao IMC, à intensidade da preocupação com forma física e à duração do TA. A auto-estima dos pacientes com TA é, sem dúvida, um fator intimamente relacionado à QV, encontrando-se muito diminuída nestes indivíduos. Além disso, fatores que interferem na qualidade de vida são a severidade e a cronificação do transtorno alimentar e as características demográficas dos indivíduos com TA (entre elas, as comorbidades).

A presença de compulsão alimentar influencia a QV negativamente e de forma mais intensa do que os comportamentos de controle rígido da alimentação. Outros comportamentos alimentares problemáticos também exercem influência sobre a QV, assim como extremos de peso superior ou inferior em caracterizam menores escores no domínio de saúde mental. Por este motivo, os autores apontam a importância da detecção e intervenção precoce em pessoas com comportamentos alimentares do tipo bulímico. O uso de entrevistas semi-estruturadas na investigação de tais quadros é valorizado por permitir melhor exploração da natureza dos episódios de compulsão (Hay, 2003).

O tratamento dos TA, por outro lado, influencia positivamente a QV, apesar de que na maioria das vezes ela ainda se mantém com escores inferiores à população geral nestes pacientes tratados. A QV tem se mostrado, nos estudos, tanto pior quanto mais severos os TA, uma vez que estes transtornos têm um impacto significativo nas mais variadas atividades (Padierna e cols, 2002). Tais achados são corroborados por Doll e colaboradores (2005) que, também investigando a QV em transtornos alimentares, obtiveram dados a respeito da saúde de 1439 estudantes e encontraram que 3,8% da amostra apresentava bulimia, 1,6% sofria de TCC e 0,5% de anorexia nervosa. Utilizando o SF-36, a avaliação da QV mostrou que indivíduos com transtorno alimentar apresentaram maior prejuízo no domínio emocional do que no físico, o que foi mais evidente em pacientes com bulimia e TCC. Os autores apoiam a afirmação de que a presença atual ou passada de um transtorno alimentar é acompanhada por prejuízo primariamente no bem estar emocional. Indivíduos com anorexia nervosa apresentam menos limitações do que indivíduos que sofrem de outros transtornos alimentares, apesar de mais provavelmente apresentarem depressão, conduta auto-agressiva e ideação suicida.

Apesar de não serem muitos os trabalhos que abordam a qualidade de vida em transtornos alimentares, a literatura científica tem sido unânime em enfatizar que há um prejuízo significativo na QV dos indivíduos que apresentam TA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKISKAL,HS. Validating 'hard' and 'soft' phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? **J Affect. Disord**, 73, p.1-5, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) – **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 3 ed. Washington DC, 1980.

BRAUN DL; SUNDAY SR; HALMI KA. Psychiatry Comorbidity in patients with eating disorders. **Psychological Medicine**, 24, p. 859-67, 1994.

BRITZ B; SIEGFRIED W; ZIEGLER A; LAMERTZ C; HERPERTZ-DAHLMANN BM; REMSCHMIDT H; WITTCHEN HU; HEBEBRAND J. Rates of Psychiatric Disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. **Int J Obes Relat Metab Disord.**, 24(12) p. 1707-14, 2000.

BUSHNELL JA;WELLS JE;McKENZIE JM;HORNBLow AR.OAKLEY-BROWNE MA;JOYCE PR. Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. **Psychological Medicine**, 24, p. 605-611, 1994.

CASSANO GB;McELROY SL;BRADY K;NOLEN WA;PLACIDI GF. Current issues in the identification and management of bipolar spectrum disorders in "special populations". **Journal of affective Disorders** 59, S69-S79, 2000.

CORDÁS, T.A; CLAUDINO, AM Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. **Rev. Bras. Psiq.**, 24, 9, supl III:3-6, 2002.

DE LA RIE SM ; G. NOORDENBOS ; EF VAN FURTH. Quality of Life and eating Disorders. **Quality of life research**, 14, p.1511-1522, 2005.

DILSAVER SC e WHITE K. Affective disorders and associated psychopathology: a family history study. **J Clin Psychiatry**, 47:4, p. 162-169, 1986.

DOLL HA; PETERSEN SE; STEWART-BROWN SL. Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. **Qual Life Res**, 14(3), p.705-717, 2005.

ELMSLIE J; MANN JI; SILVERSTONE JT; WILLIAMS SM; ROMANS SE. Determinants of overweight and obesity in patients with bipolar disorder. **J Clin Psychiatry** , 62, p. 486-491, 2001.

ELMSLIE JL; SILVERSTONE JT; MANN JI; WILLIAMS SM; FOMANS SE. Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. **J Clin Psychiatry**, 61 (3), p.179-84, 2000.

ERICKSON SJ; ROBINSON TN; HAYDEL KF; KILLEN JD. Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms and overweight



concerns in elementary school children. **Arch Pediatr Adolesc Med**,154(9) , p. 931-935, 2000.

FAIRBURN CG; BROWNELL KD.Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook. 2 ed. New York, The Guilford Press,2002. 633 p.

FEINSTEIN, A.R. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. **Journal of Chronic Diseases**, 23, p. 455-468, 1970.

FONTENELLE L; MENDLOWICZ MV; MENEZES GB; PAPELBAUM M; FREITAS S; GODOY-MATOS A; COUTINHO W; APPOLINÁRIO JC. Psychiatric Comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge eating disorder. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science>. Acesso em: 31 março 2006.

GHADIRIAN M; STEIGER H; LEICHTNER PP . A Manic Episode in the Course of Anorexia Nervosa with Bulimia.**Psychosomatics**, 30 (1), p. 101-103, 1989.

HALMI KA;ECKERT E;MARCHI P;SAMPUGNARO V;APPLE R;COHEN J. Comorbidity of Psychiatric Diagnoses in Anorexia Nervosa. **Arch Gen Psychiatry**, 48, p.712-718, 1991.

HAY, PHILLIPA. Quality of Life and Bulimic Eating Disorder Behaviors: Findings from a Community-Based Sample. **Int J Eat Disord**, 33, p. 434-442, 2003.

HERZOG, DB; NUSSBAUM KM; MARMOR AK. Comorbidity and Outcome in Eating disorders.**The Psychiatric Clinics of North America**, 19 (4), p. 843-859, 1996.

HIRSCHFELD, ROBERT M. A.Bipolar Spectrum Disorder: Improving its Recognition and Diagnosis. **J Clin Psychiatry**, 62 (14), p. 5-9, 2001.

JONAS, JEFFREY M; POPE, HARRISON G; HUDSON, JAMES I; STATLIN, ANDREW. Undiagnosed vomiting in an older Woman: Unsuspected Bulimia. **Am J Psychiatry** 141, p. 902-903, 1984.

KASSET, JÁ; GERSHON, ES; MAXWELL, ME; GUROFF, JJ; KAZUBA, DM; SMITH, AL; BRANDT, HÁ; JIMERSON, DC. Psychiatric Disorders in the relatives of probands with bulimia nervosa. **Am J Psychiatry**, 146, p.1468-1471, 1989.

KECK PE; McELROY S. Bipolar Disorder, Obesity, and Pharmacotherapy-Associated Weight Gain. **J Clin Psychiatry** , 64, p. 1426-1435, 2004.

KENDELL, RE. The concept of disease and its implications for psychiatry. **Br J Psychiatry**, 127:305-15, Oct 1975

KESSLER RC; McGONAGLE, KA; ZHAO, S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US: results from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry** , 51, p. 8-20, 1994.

KEY A e LACEY H. Progress in eating disorder research. **Current Opinion in Psychiatry**, 15, p. 143-148, 2002.

KLERMAN, G.L. Approaches to the phenomena of comorbidity. In: MASER , JD e CLONINGER, CR. **Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders**. Washington: DC:APP, p.13-40, 1990.

KOCHMAN F; DUCROCQ F; PARQUET PJ. Troubles cycliques oro-alimentaires. **La Revue du Practicien** ,47, p. 1913-1916, 1997.

LILENFELD L;KAYE W; GREENO C; MERIKANGAS K; PLOTNICOV K; POLLICE C; RAO R; STROBER M; BULIK C; NAGY L. A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. **Arch Gen Psychiatry**, 55, p. 603-610, 1998.

McELROY SL;KOTWAL R;KECK JR P.E;AKISKAL HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders:distinct or related disorders with shared dysregulations? **Journal of affective disorders** , 86, p. 107-127, 2004.

McELROY SL; FRYE MA; SUPPES T; DHAVALA D; KECK PE; LEVERICH GS; ALTSHULER L. DENICOFF KD; NOLEN WA; KUPKA R. GRUNZE H. WALDEN J; POST RM. Correlates of Overweight and Obesity in 644 patients with Bipolar Disorder. **J Clin Psychiatry** , 63, p.207-213, 2002.

McELROY S; ALTSHULER L; SUPPES T; KECK P; FRYE MA; DENICOFF KD; NOLEN WA; KUPKA RW; LEVERICH GS; ROCHUSSEN JR; RUSH AJ; POST RM. Axis I Psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder.**Am J Psychiatry**, 158, p. 420-426, 2001.

MITCHELL J e MUSSEL M. Comorbidity and Binge Eating Disorder. **Addictive Behaviors**. 20 (6), p. 725-732, 1995.

MURY M; VERDOUX H; BOURGEOIS M. Comorbidité trouble bipolaire et trouble des conduits alimentaires. Aspects Épidémiologiques et thérapeutiques. **L'Encephale**, XXI, p.545-53, 1995.

O'BRIEN, KM. e VINCENT,NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa:nature, prevalence and causal relationships. **Clinical Psychology review** ,23, p. 57-74, 2003.

PADIERNA A; QUINTANA JM; AROSTEGUI I; GONZALEZ N; HORCAJO MJ. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. **Qual Life Res**; 11 (6), p. 545-52, 2002.

PINE DS; GOLDSTEIN RB; WOLK S; WEISSMAN MM. The Association between childhood depression and adulthood body mass index. **Pediatrics**, 107(5), p. 1049-56, May 2001.

RASTAM M; GILLBERG IC; GILLBERG G. Anorexia Nervosa 6 Years after Onset: Part II. Comorbid Psychiatric Problems. **Comprehensive Psychiatry**, 36 (1), p. 70-76, 1995.

ROBERTS RE; KAPLAN GA; SHEMA SJ; STRAWBRIDGE WJ. Are the obese at greater risk for depression? **American Journal of Epidemiology**, 152 (2) p. 163-70, 2000.

SACCOMANI L; SAVOINI M; CIRRINCIONE M; VERCELLINO F; RAVERA G. Long-Term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: Study of Comorbidity. **Journal of Psychosomatic Research**, 44 (5), p. 565-571, 1998.

SCHISLAK CM; PERSE T; CRAGO M . Coexistence of Bulimia Nervosa and mania: a Literature review and case report. **Comprehensive Psychiatry** , 32 (2), p. 181-184, 1991.

SIMPSON SG; AL-MUFTI R; ANDERSEN AE; DePAULO JR. Bipolar II Affective Disorder in Eating Disorder Inpatients. **The Journal of Nervous and Mental Diseases**, 180 (11), p. 719-722, 1992.

STRIEGEL-MOORE RH; GARVIN V; DOHM FA; ROSENHECK RA . Eating Disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: detection rates and psychiatric comorbidity. **Int J Eat Disord**, 25(4) , p. 405-14, 1999.

SWIFT W; ANDREWS D; BARKLAGE NE. The Relationship Between Affective Disorder and Eating Disorders: A Review of the Literature. **Am J Psychiatry** 143, p.290-299, 1986.

WITTCHEN, HU. Critical Issues in the evaluation of Comorbidity of Psychiatric Disorders. **British Journal of Psychiatry**, 168 ( 30), p. 9-16, 1996.

\_\_\_\_\_ What is Comorbidity – Fact or Artefact? **British Journal of Psychiatry** , 168 (30), p. 7-8, 1996.

WITTCHEN, H.U. ; ESSAU,CA. Epidemiology of anxiety Disorders. *Psychiatry*, ed. R. Michels, pp. 1-25. Philadelphia: J.B. Lippincott & Co, 1993.

WONDERLICH SA ; MITCHELL J.E. Eating Disorders and Comorbidity: Empirical, Conceptual and Clinical Implications. **Psychopharmacology Bulletin**, 33 (3), p. 381-390, 1997.

YANOVSKI, SZ; NELSON JE; DUBBERT BK; SPITZER RL. Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects. **Am J Psychiatry**, 150 (10), p. 1472-1479, 1993.

ZIMMERMAN, MARK ; MATTIA, JILL. Psychiatric Diagnosis in Clinical Practice: is Comorbidity Being missed? **Comprehensive Psychiatry**, 40 (3), p. 182-191, 1999.

## JUSTIFICATIVA

O presente trabalho tem, como justificativa principal, a busca de melhores condições de tratamento para a população clínica que é atendida pelos profissionais da saúde, principalmente os psiquiatras. Uma visão integral do paciente que busca atendimento implica em recebê-lo como indivíduo, compreendê-lo em seu sofrimento e conhecê-lo e à sua doença tanto quanto possível. Para tanto, é necessário que haja um interesse genuíno no paciente; além disso, necessita-se de conhecimento científico e de instrumentos que nos permitam o acesso à sua patologia.

O mundo científico, apesar de estar sempre em desenvolvimento, apresenta pontos ainda não esclarecidos, muitos ainda em investigação e outros que não despertaram o interesse ou a curiosidade dos pesquisadores. Outros temas, ainda, são negligenciados em função de apresentarem baixas prevalências, dificultando as pesquisas. A pesquisa da comorbidade dos transtornos alimentares com o transtorno de humor bipolar vem crescendo nos últimos anos, mas restam ainda muitas questões a serem esclarecidas. A proposta central desta dissertação é esclarecer alguns aspectos obscuros que se apresentam em relação à investigação desta comorbidade e à qualidade de vida.

Na medida em que for possível identificar comorbidades tantas vezes ignoradas no atendimento dos pacientes, e também apontar a importância destas no prognóstico e na qualidade de vida, teremos dado um passo a mais no cumprimento de nossa tarefa de auxiliar e minimizar o sofrimento daqueles que nos procuram.

## OBJETIVOS

### Gerais

(1) identificar a prevalência de transtornos alimentares em amostra de pacientes em tratamento para transtorno de humor bipolar, em ambulatório de atendimento terciário;

(2) comparar a qualidade de vida entre o grupo com transtorno de humor bipolar e o grupo que apresenta a comorbidade do transtorno de humor bipolar com transtorno alimentar.

### Específicos

1) comparar a prevalência de transtornos alimentares encontrada nesta amostra com a prevalência na população geral apresentada pela literatura;

2) verificar e comparar o desempenho dos dois instrumentos diagnósticos utilizados na identificação de transtornos alimentares nesta população;

3) Comparar a qualidade de vida de pacientes com quadros subsindrômicos de transtornos alimentares em relação àqueles com a síndrome completa e com o grupo que não apresenta comorbidade com transtornos alimentares;

4) Verificar o efeito da depressão nesta comparação.

Primeiro Artigo

## **Prevalência da Comorbidade de Transtornos Alimentares com Transtorno do Humor Bipolar**

Autores: Franco, Matilde D<sup>1</sup>.; Cordás, Táki Athanássios<sup>2</sup>; Fleck, Marcelo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médica Psiquiatra. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup> Médico Psiquiatra. Professor colaborador do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup> Médico Psiquiatra. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Pedidos de separatas para Dra. Matilde D. Franco. Endereço: Rua Dr. Florencio Ygartua, 391 – sala 406. Bairro Moinhos de Vento, CEP 90430 010. Porto Alegre, RS

Este trabalho foi parcialmente apoiado por um fundo de pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – FIPE/HCPA.

A pesquisa aqui apresentada é parte da Dissertação de Mestrado “Comorbidade entre Transtorno de Humor Bipolar e Transtornos Alimentares”.

## RESUMO

Introdução: A ocorrência de comorbidades entre o Transtorno de Humor Bipolar e os Transtornos Alimentares tem influência na abordagem e prognóstico dos pacientes.

Método: Foi descrita a ocorrência de comorbidade com transtornos alimentares em uma amostra de pacientes com transtorno de humor bipolar atendidos em serviço terciário de Porto Alegre (RS, Brasil). Foi comparada a concordância entre dois instrumentos (SCID e MINI) para o diagnóstico de transtornos alimentares.

Resultados: a prevalência de transtornos alimentares nesta amostra foi superior à população geral - 5,3 a 6,4% de anorexia nervosa e bulimia e 24% quando foram incluídas formas parciais e atípicas . A concordância entre os dois instrumentos foi moderada, com  $\kappa=0,42$ .

Discussão: é importante que seja investigado o diagnóstico de transtornos alimentares em pacientes com transtornos de humor bipolar, e devem ser utilizados instrumentos que incluam formas mais brandas e atípicas de transtornos alimentares.

## INTRODUÇÃO

Diferentes estudos têm demonstrado que, entre os transtornos psiquiátricos, a presença de comorbidades é a regra, e não a exceção (Wittchen,1996;Zimmerman, 1999).

No entanto, a real existência das comorbidades é questionada conceitualmente. Conforme o modelo considerado, a comorbidade pode ser entendida como uma variação na apresentação de um mesmo transtorno, ou um artefato diagnóstico produzido pelo acaso, pela busca de atendimento dos casos mais graves ou por características das populações estudadas (Wittchen, 1996).

Nos últimos anos, houve crescente interesse no diagnóstico do Transtorno do Humor Bipolar (THB). Progressivamente, vêm sendo propostas expansões no seu conceito e vários estudos têm evidenciado tratar-se de um transtorno com altas taxas de comorbidade.

O conceito de THB expandiu-se desde a Psicose maníaco-depressiva clássica até a doença bipolar atual, que dependendo da classificação, pode abranger 6 ou mais subtipos dentro de um conceito de espectro bipolar (Hirschfeld, 2001; Cassano,McElroy, 2005). O reconhecimento da doença bipolar dentro de um espectro de possibilidades aumenta a prevalência do diagnóstico e, potencialmente, das comorbidades envolvidas. Contudo, existem dúvidas a respeito de que o THB II seja de fato uma versão mais leve do THB I (Belmaker, 2004).

A incidência de comorbidades em pacientes bipolares pode atingir 65% quando considerada a vida inteira ou 33% ao ser considerado o momento atual. Estudo de McElroy (2001) encontrou transtornos de ansiedade e de uso de substâncias como os mais prevalentes em amostra de pacientes bipolares, seguidos pelos transtornos alimentares.



Por outro lado, estudos que investigam as comorbidades mais prevalentes em transtornos alimentares oferecem novas possibilidades de avaliação da comorbidade com o THB.

A descrição da prevalência de comorbidades psiquiátricas em transtornos alimentares varia conforme o transtorno. É descrita prevalência de 13% para transtornos de ansiedade em bulímicas (Wonderlich e cols, 1997), 61% de transtornos de personalidade em pacientes também bulímicas (O'Brien e cols, 2003) e 81,9% de transtornos afetivos, de ansiedade e abuso de substâncias (Braun e cols, 1994).

Assim como o THB, os transtornos alimentares distribuem-se ao longo de um espectro de apresentação, que vai desde formas brandas e sintomatologia parcial, até quadros completos. A inclusão nos estudos de quadros parciais ou atípicos de transtornos alimentares determina um aumento na sua prevalência e, por consequência, na prevalência das comorbidades, inclusive com o THB.

O presente estudo tem como objetivo descrever a prevalência da comorbidade do THB com transtornos alimentares clássicos (anorexia nervosa e bulimia) e os ainda não oficialmente incluídos nas classificações diagnósticas (transtorno do comer compulsivo) em uma amostra de pacientes bipolares atendidos em serviço terciário.

## METODOLOGIA

### 1. sujeitos

Foram incluídos no estudo os pacientes consecutivamente avaliados no ambulatório de THB do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que apresentaram o diagnóstico de THB confirmado pelo SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV), e que aceitaram participar do estudo, através de um Termo de Consentimento Informado.

Foram excluídos todos aqueles pacientes que não pudessem compreender e responder os instrumentos utilizados.

### 2. instrumentos

- questionário de dados demográficos e características da doença (início, evolução, tratamentos), e história familiar de doenças psiquiátricas;

- SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV) (Spitzer, 1990) – é instrumento que permite fazer diagnósticos com os critérios do DSM IV. Registra-se a presença ou ausência de cada um dos transtornos no momento atual (último mês) ou a ocorrência durante a vida. Inicia por uma revisão geral através de entrevista clínica não estruturada, seguida por módulos correspondentes às categorias diagnósticas principais. A pontuação baseia-se no julgamento clínico do entrevistador, e não na resposta dada pelo paciente, o que exige um treinamento dos entrevistadores. Este treinamento deve ser de 20 horas de exercício prático supervisionado. Desde 1987, o SCID passou por várias revisões, baseado no uso do instrumento pelos autores e por outros pesquisadores (Del-Bem, 2001; Spitzer, 1992).

- Escala Hamilton de Depressão (HDS) (Hamilton, 1960) – é uma escala que consiste de 17 itens, cujas pontuações são somadas para produzir um escore total. Deve ser usada, tanto quanto possível, ao modo de entrevista clínica. Assim, o avaliador deve ter experiência clínica para interpretar as respostas dos pacientes.

- M.I.N.I – Módulo Transtornos Alimentares (Sheehan,1998): o MINI é uma entrevista diagnóstica estruturada, desenvolvida para identificação dos transtornos do DSM IV e CID 10. Tem um tempo de administração de aproximadamente 15 minutos. Desenvolvido para preencher a necessidade de uma entrevista psiquiátrica estruturada pequena, porém acurada, para ensaios clínicos multicêntricos e estudos epidemiológicos. Explora de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve, sendo que entrevistadores não clínicos necessitam formação mais intensiva (Sheehan,1998). Neste estudo, foi aplicado o módulo de Transtornos Alimentares. Este instrumento possui algumas perguntas-chave que, quando respondidas negativamente, orientam o entrevistador a dirigir-se ao próximo módulo. Com o objetivo de diagnosticar formas mais brandas dos transtornos alimentares ou o transtorno da compulsão alimentar periódica, as orientações de suspensão do interrogatório diante de uma resposta negativa não foram seguidas. Assim, foram realizadas todas as perguntas deste módulo a todos os pacientes.

### 3. aplicação dos instrumentos

A aplicação do protocolo esteve a cargo de um grupo de pesquisadores, constituído por 4 médicos psiquiatras e 3 estudantes de Medicina, e com experiência na pesquisa em Psiquiatria.

O SCID, MINI, e a escala de Hamilton foram aplicados pelos pesquisadores após realização de treinamento prévio. O treinamento para aplicação do SCID seguiu a orientação de 20 horas de exercício prático supervisionado. O mesmo pesquisador aplicou todos os instrumentos no mesmo paciente. O tempo médio para preenchimento do protocolo completo manteve-se em torno de 80 minutos distribuídos em 2 sessões de aproximadamente 40 minutos dentro de um intervalo de até 2 semanas.

A aplicação do protocolo iniciou com o SCID – módulo de transtornos de humor - como primeiro passo para a inclusão na pesquisa. Caso o paciente tivesse o diagnóstico de THB confirmado, concluíam-se a aplicação do SCID e a seguir eram aplicados os demais instrumentos.

Os quadros I e II apresentam as perguntas utilizadas pelo SCID e pelo MINI a fim de avaliar anorexia nervosa e bulimia.

### 4. cálculo do tamanho da amostra

Não foram encontrados, na literatura, estudos que apresentassem a prevalência da comorbidade entre o THB e os TA. Por isso, partiu-se da prevalência de cada um dos transtornos isoladamente a fim de estimar o tamanho da amostra.

Entre os dois transtornos em estudo (THB e TA), o mais prevalente é o THB. Os estudos descrevem prevalência média na população geral de 3,4%, incluindo THB I, THB II e às vezes ciclotimia (Hirschfeld, 2001).

Por tratar-se, na amostra em estudo, de população clínica, em serviço de atendimento terciário, foi estimado que a prevalência fosse o dobro daquela encontrada na população geral, ou seja, aproximadamente 7%.

Admitindo-se uma margem de erro de 5%, foi obtido o resultado de 100 pacientes necessários para compor a amostra.

**QUADRO I** – Perguntas utilizadas pelo SCID e pelo MINI para avaliar  
Anorexia Nervosa

	SCID	MINI
<b>ANOREXIA NERVOSA</b>	<p>Já houve uma época em que as outras pessoas achavam que você pesava muito menos do que deveria?</p> <p><b>SE SIM</b>, considerar Anorexia Nervosa. Recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do peso mínimo normal, acompanhado por um medo intenso de tornar-se gordo.</p>	<p>M1a-Qual é a sua altura?</p> <p>b-Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo?</p> <p>c-O peso do entrevistado é inferior ao limite crítico indicado para a sua altura?(ver tabela de correspondência abaixo) não sim</p> <p>Durante os últimos 3 meses:</p> <p>M2- recusou-se a engordar, embora pesasse pouco? Não sim</p> <p>M3- teve medo de ganhar peso ou de engordar demais? Não sim</p> <p>M4a-Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda?</p> <p>b-a sua opinião sobre si mesmo(a)ou sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais?</p> <p>c- achou que o seu peso era normal ou até excessivo?</p> <p>M5- Há pelo menos 1 "sim" em M4? Não sim</p> <p>M6- PARA AS MULHERES APENAS: nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez)? Não sim</p>

SCID – Structured Clinical Interview for DSM IV  
MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview

**QUADRO II:** Perguntas utilizadas pelo SCID e MINI para avaliar bulimia nervosa

<p style="text-align: center;"><b>BULIMIA NERVOSA</b></p>	<p>Você muitas vezes teve episódios em que sua maneira de comer estava fora de controle? Fale-me sobre esses episódios.</p> <p><b>SE SIM</b>, considerar Bulimia Nervosa. Episódios recorrentes de compulsão periódica com comportamento compensatório inadequado.</p>	<p>N1- Nos últimos 3 meses teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas? Não sim</p> <p>N2- Durante os últimos 3 meses teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana? Não sim</p> <p>N3- Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come? Não sim</p> <p>N4- Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente” faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome? Não sim</p> <p>N5- A opinião sobre si mesmo (a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais? Não sim</p> <p>N6- O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?</p> <p>N7- estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o peso é inferior a-----kg? (retomar o peso crítico na tabela)</p>
---	--	---

SCID – Structured Clinical Interview for DSM IV

MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview

## RESULTADOS

A amostra ficou constituída por 95 pacientes, cujas características demográficas estão apresentadas na Tabela abaixo.

**TABELA I** – Descrição da amostra de pacientes bipolares em ambulatório terciário (n=95)

<b>Sexo</b>	<b>N (%)</b>
Feminino	70 (73,7%)
Masculino	25 (26,3%)
<b>Idade</b>	
Média (dp)	41,18 (11,96)
Mediana	42
Mínima	18
Máxima	71
<b>Situação conjugal</b>	<b>N (%)</b>
Casado	37 (38,9)
Solteiro	28 (29,5%)
Separado	21 (22,1%)
Viúvo	9 (9,5)
<b>IMC (n=92)</b>	
Média (dp)	27,32 (5,21)
Mediana	26,43
Min	17,03
Máx	44,34
<b>1º epis</b>	<b>N (%)</b>
Depressão	58 (61,1)
Mania	23 (24,2)
Hipomania	2 (2,1)
Misto	7 (7,4)

\* IMC: Índice de Massa Corporal



A prevalência de transtornos alimentares utilizando o SCID e o MINI foi de 5,3% e 6,4% respectivamente. De 95 indivíduos, 4 tiveram o diagnóstico de bulimia através do SCID, e 5 através do MINI. Houve apenas 1 caso de anorexia, que foi diagnosticado por ambos os instrumentos (1,1%) (Tabela II)

**TABELA II** – Prevalência de Transtornos Alimentares reconhecidos pelo DSM IV, numa amostra de 95 pacientes com Transtorno de Humor Bipolar através do MINI e do SCID

	SCID		MINI		K
	n	%	n	%	
<b>Anorexia</b>	1	1,1	1	1,1	0,45
<b>Bulimia</b>	4	4,2	5	5,3	
<b>Total</b>	5	5,3	6	6,4	

\*concordância entre os diagnósticos realizados pelo MINI e pelo SCID

**TABELA III** – Prevalência de Transtornos Alimentares numa amostra de 95 pacientes com THB

	SCID		MINI		K**
	n	%	n	%	
<b>Anorexia</b>	1	1,1	1	1,1	0,42
<b>Bulimia</b>	4	4,2	5	5,2	
<b>Outros*</b>	4	4,2	17	18	
<b>Total</b>	9	9,5	23	24,2	

\*quadros parciais de transtornos alimentares ou de compulsão alimentar

\*\*concordância entre os diagnósticos realizados pelo MINI e SCID incluindo formas típicas e atípicas de transtornos alimentares

Considerando-se positivos os quadros de compulsão alimentar completa ou parcial (identificados na tabela como “outros”), obtém-se, com o SCID, prevalência de 9,5%, em contraste com o MINI, cujos valores são de 24,2%.

## DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou alguns dados relevantes e inéditos na literatura brasileira. Inicialmente, verificou-se que a prevalência de transtornos alimentares em pacientes com transtornos bipolares é bastante superior ao esperado para a população geral. Além disso, notou-se que quando se inclui entre os transtornos alimentares o diagnóstico de comer compulsivo, esta prevalência pode quadruplicar. Também os resultados mostraram que dois instrumentos diagnósticos semi-estruturados apresentam concordância apenas moderada em relação ao diagnóstico de transtornos alimentares em pacientes bipolares.

A prevalência encontrada entre 5,3% e 6,4% de bulimia e anorexia, dependendo do instrumento diagnóstico utilizado, assemelha-se à encontrada por Cassano e colaboradores (2000), que numa amostra de 47 pacientes com THB I encontraram 6,4% de transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia). Também McElroy e colaboradores (2001) encontraram 5,9% de pacientes com transtornos alimentares em amostra de 288 indivíduos com THB I ou II. Estes são valores superiores à prevalência encontrada na população em geral, que é de aproximadamente 0,3% para anorexia nervosa e 1% para bulimia (Fairburn, 2002).

A utilização de uma forma de aplicação modificada do MINI no presente estudo permitiu que se estimasse a prevalência de outros quadros alimentares além de bulimia, anorexia e compulsão alimentar. Assim, a prevalência chegou a 24,3%. Esta prevalência aproxima-se daquela de Transtorno do Pânico/agorafobia encontrada por McElroy (2001) em pacientes com THB, que é de 20%. Por outro lado, a distribuição dos transtornos alimentares atípicos é pouco conhecida. Resultados de estudos que investigam a prevalência destes transtornos variam de

20 a 61% (Fairburn, 2002), sendo claro o achado de que uma grande proporção dos transtornos alimentares são “atípicos”.

Miotto e colaboradores (2003) estudaram a prevalência de transtornos alimentares em amostra de adolescentes da comunidade. A pontuação obtida no Body Attitudes Test (BAT) foi superior ao ponto de corte em 45,5% das mulheres pesquisadas. Também Braun et al (1994), em amostra clínica de pacientes com Transtornos Alimentares, encontraram prevalência de 81,9% de comorbidade em eixo I (especialmente nos subgrupos de bulímicos).

A comparação do MINI em sua forma de aplicação no presente estudo (com o emprego de todas as perguntas da seção de transtornos alimentares sem saltar perguntas como a sintaxe original do instrumento propõe) com o SCID, mostra que o MINI permitiu uma investigação mais aprofundada dos diferentes transtornos alimentares. Desta forma, foi possível diagnosticar formas mais brandas ou atípicas de transtornos alimentares, mas clinicamente relevantes especialmente em pacientes bipolares. Krüger e colaboradores (1996), utilizando uma entrevista clínica semi-estruturada para diagnóstico de transtorno alimentar em pacientes bipolares, encontraram prevalência superior às pesquisas que utilizam o SCID como instrumento diagnóstico. Além disso, identificaram episódios recorrentes de compulsão alimentar na amostra estudada. De Zwaan (2001) apresenta prevalência do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico (TCAP) de até 5% na população geral e 70% em grupos de auto-ajuda para compulsão alimentar. Além disso, já foi verificado por Yanovski e cols (1993) que o transtorno da compulsão alimentar periódica está associado a maior prevalência de comorbidades em eixo I quando são considerados indivíduos obesos. Por isso, considerou-se fundamental a inclusão de tais diagnósticos neste estudo.

O questionamento dirigido a hábitos e sintomas alimentares nesta população é de suma importância, uma vez que o THB e muitas das medicações usadas no seu tratamento – especialmente antipsicóticos e estabilizadores do humor alteram a conduta alimentar, influenciando no aumento do apetite e modificando preferências. Somando-se a este fato, freqüentemente há diminuição da disposição para a atividade física, fator adicional para ganho de peso. No entanto, aumento de apetite e obesidade não necessariamente estão associados a compulsão alimentar. Os mecanismos que determinam a obesidade são ainda pouco conhecidos (Fairburn, 2002). Contudo, o diagnóstico de bulimia e transtorno de compulsão alimentar está baseado num padrão de ingestão alimentar descontrolado e que pode ou não estar associado com o sobrepeso e obesidade.

O papel dos medicamentos utilizados para o transtorno bipolar nos casos em que há diagnósticos de transtornos alimentares comórbidos necessita de estudos mais aprofundados. Elmslie (2000) estudou 89 pacientes bipolares em uso de estabilizadores do humor e encontrou prevalências de sobrepeso significativamente superiores à população geral.

Na presente amostra, todos os pacientes vinham em uso de lítio e/ou valproato de sódio e/ou carbamazepina, além de, em alguns casos, outras medicações que potencialmente podem aumentar a ingestão, como antipsicóticos típicos e antidepressivos. Contudo, nossos achados não podem ser atribuídos apenas a um efeito medicamentoso, já que todos os pacientes vinham em uso de medicações que potencialmente determinam ganho de peso e apenas uma porcentagem apresentou diagnóstico de transtorno alimentar.

Assim, a adesão ao tratamento do transtorno bipolar pode ser prejudicada pelo ganho de peso e pelas alterações nos hábitos e preferências alimentares

decorrentes de um para-efeito medicamentoso, bem como pelo possível diagnóstico comórbido de Transtorno Alimentar. Por isso, o adequado diagnóstico e manejo do fator subjacente ao ganho de peso dos pacientes bipolares pode ter um impacto na adesão ao tratamento e conseqüentemente no prognóstico do próprio Transtorno Bipolar destes pacientes.

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira limitação a ser apontada é de que não é possível generalizar estes dados para os pacientes bipolares em geral. O fato da amostra do estudo ser retirada de uma população clínica por si só aumenta a probabilidade de serem encontradas comorbidades (Bushnell, 1994). Além disso, os pacientes incluídos neste estudo fazem parte de uma população de pacientes bipolares que são atendidos em um serviço terciário e de referência para tratamento de pacientes graves. É esperado que pela maior gravidade, a prevalência de comorbidade esteja aumentada.

A segunda limitação é de que os instrumentos diagnósticos utilizados (SCID e MINI), embora sejam instrumentos consagrados na literatura, não são instrumentos específicos desenvolvidos para diagnosticar transtornos alimentares, o que em tese poderia levar a um subdiagnóstico no presente estudo.

Em terceiro lugar, é uma limitação do estudo a não inclusão do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica ou do TANE dentre os Transtornos Alimentares nos instrumentos utilizados. Assim, fica limitada a designação de quadros subsindrômicos que não preenchem critérios completos para anorexia nervosa ou bulimia, bem como de quadros atípicos. Esta limitação é confirmada por estudo realizado por Zimmerman (1999), onde se encontrou prevalência de 6% de TANE em amostra de 500 pacientes entrevistados com o SCID enquanto que apenas 0,6% de pacientes bulímicos e 0 de anorexia nervosa diagnosticados com o mesmo

instrumento, na mesma amostra. No presente estudo, tal limitação foi compensada com a utilização de todas as perguntas do MINI que, desta forma, permite a inclusão do referido diagnóstico.

O presente estudo sugere a alta prevalência de transtornos alimentares em pacientes bipolares, especialmente quando se expande o conceito para além dos diagnósticos clássicos de anorexia e bulimia. Mais estudos são necessários para confirmar estes achados. A utilização de instrumentos que incluam formas mais brandas e atípicas de transtornos alimentares será útil na medida em que tais instrumentos contemplam condições clínicas que influenciam no manejo e evolução clínica destes pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>a</sup> ed. Washington DC, 1980.

BRAUN DL; SUNDAY SR; HALMI KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. **Psychological Medicine**, 24, 859-867, 1994.

BUSHNELL JA;WELLS JE;McKENZIE JM;HORNBLow AR.OAKLEY-BROWNE MA;JOYCE PR. Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. **Psychological Medicine**, 24, p. 605-611, 1994.

CASSANO GB; McELROY SL;BRADT K;NOLEN WA;PLACIDI GF. Current issues in the identification and management of bipolar spectrum disorders in “special populations”. **Journal of affective Disorders**, 59 (2000) ,S69-S79.

DE ZWAAN M. Binge eating disorder and obesity. **International Journal of Obesity** (2001) 25, suppl 1, S51-S55.

DEL-BEM CM; VILELA JA; CRIPPA JA; HALLAK JE; LABATE CM; ZUARDI A. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – Versão Clínica” traduzida para o português. **Rev. Bras. Psiq** 2001, 23(3), p.156-9.

ELMSLIE JL;SILVERSTONE JT;MANN JI;WILLIAMS SM;ROMANS SE. Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. **J Clin Psychiatry** 2000, 61 (3), p. 179-184.

FAIRBURN C; BROWNELL K. **Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook**. 2<sup>nd</sup> ed. New York:The Guilford Press, 2002. 633 p.

HAMILTON, M. – A Rating Scale for Depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry** 23:56-62,1960.

HIRSCHFELD, ROBERT M. A.Bipolar Spectrum Disorder: Improving its Recognition and Diagnosis. **J Clin Psychiatry** 2001; 62 (suppl 14).

KRÜGER S; SHUGAR G; COOKE RG. Comorbidity of binge eating disorder and the partial binge eating syndrome with bipolar disorder. **Int J Eating Dis** 19, p. 45-52, 1996.

McELROY S; ALTSHULER L; SUPPES T; KECK P; FRYE MA; DENICOFF KD; NOLEN WA; KUPKA RW; LEVERICH GS; ROCHUSSEN JR; RUSH AJ; POST RM. Axis I Psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder.**Am J Psychiatry**, 158, p. 420-426, 2001.

MIOTTO P ; DE COPPI M; FREZZA M; PRETI A. The Spectrum or eating disorders: prevalence in an area of Northeast Italy. **Psychiatry Res**; 119 (1-2): 145-54, 2003. Jul 15.

O'BRIEN, KM. and VINCENT,NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa:nature, prevalence and causal relationships. **Clinical Psychology review** ,23 (2003) 57-74.

SHEEHAN, Dv; LECRUBIER Y; SHEEHAN H; AMORIM P; JANAVS J; WEILLER E; HERGUETA T; BAKER R; DUNBAR G. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry** 1998;59(suppl 20).

SPITZER RL, WILLIAMS JBW,GIBBON M, FIRST MB. The Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID). **Arch Gen Psychiatry** – vol 49, aug 1992.

WITTCHEN, HU. Critical Issues in the evaluation of Comorbidity of Psychiatric Disorders. **British Journal of Psychiatry**, 168 (suppl. 30), p. 9-16, 1996.

\_\_\_\_\_ What is Comorbidity – Fact or Artefact? **British Journal of Psychiatry** , 168 (suppl. 30), p. 7-8, 1996.

WONDERLICH SA and MITCHELL J.E. Eating Disorders and Comorbidity: Empirical, Conceptual and Clinical Implications. **Psychopharmacology Bulletin**, 1997, 33 (3), p.381-390.

YANOVSKI, SZ; NELSON JE; DUBBERT BK; SPITZER RL. Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects. **Am J Psychiatry**, october 1993, 150:10, p. 1472-1479.

ZIMMERMAN, MARK AND MATTIA, JILL. Psychiatric Diagnosis in Clinical Practice: is Comorbidity Being missed? **Comprehensive Psychiatry**, vol. 40, n° 3 (May/June), p. 182-191, 1999.



# Prevalence of Comorbidity of Eating Disorders with Bipolar Disorders

AUTHORS: Matilde Dorfman Franco<sup>1</sup>;Táki A. Cordás<sup>2</sup>; Marcelo P. A.Fleck <sup>3</sup>

<sup>1</sup> M.D., Psychiatrist. Postgraduate Student in the Graduate Program in Psychiatry at the Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup> M.D, Psychiatrist. Professor of the Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Brazil

<sup>3</sup> M.D, Psychiatrist. Associate Professor of the Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brazil

---

Reprint requests to Dr. Matilde D. Franco. Address: Rua Dr. Florêncio Ygartua, 391 – s. 406. Moinhos de Vento. Porto Alegre, RS, Brazil. Zip code 90430-010.

This work was partially supported by the research fund of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA).

This paper is part of a master thesis named “Comorbidity between Bipolar Disorders and Eating Disorders”.

## ABSTRACT

Objective– The comorbidity between eating disorders and Bipolar Disorders (BD) interferes with patients' approach and prognosis. Method – We describe a sample of patients in treatment for BD at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a public hospital in Porto Alegre (RS-Brazil), and the comorbidity with Eating Disorders. The agreement between 2 instruments in diagnosing eating disorders was compared. Results – The prevalence of eating disorders in this sample was higher than it is in general population – 5,3 to 6,4% of anorexia nervosa and bulimia, and 24% when atypical and incomplete presentations of eating disorders were included. The agreement between the 2 instruments was moderate, with kappa=0,42.

Conclusion– It is important that eating disorders diagnosis be looked for in patients with BD, and the instruments applied with this aim should include eating disorders in their mild and atypical forms.

# **Prevalence of Comorbidity of Eating Disorders with Bipolar Disorders**

## **INTRODUCTION**

Many studies have shown that the presence of comorbidities in psychiatric disorders is the rule and not the exception (1; 2). However, the actual existence of comorbidities is questioned as being a valid concept. According to the model, comorbidity can be understood as a variation of the same underlying disorder, or a diagnostic artifact produced by chance, by the search for care of the more severe cases or by the characteristics presented by a determined population (3). In the last few years there has been growing interest in the diagnosis of Bipolar Disorder (BD). It has progressively expanded its concept and many studies have shown that this disorder presents with high rates of comorbidity.

The concept of BD has broadened from classic mania-depressive psychosis to the current bipolar disease, which depending on the classification may cover 6 or more sub-types within the concept of the bipolar spectrum (4;5). The recognition of bipolar disease throughout a spectrum of possibilities enhances the occurrence of the diagnosis and potentially the comorbidities involved (6,7).

The incidence of comorbidity in bipolar patients can reach 65% when considering lifetime or 33% when considering just the present. A study by McElroy and collaborators (8) found anxiety and substance disorders as the most prevalent in a sample of bipolar patients, followed by eating disorders.

On the other hand, studies that investigate the most prevailing comorbidities in eating disorders offer new possibilities of evaluating the comorbidity with BD.

The description of the prevalence of psychiatric comorbidities in eating disorders varies depending on the disorder. A prevalence of 13% is described for anxiety disorders with bulimic patients (9), 61% in personality disorders with patients who are also bulimic (10), and 81.9% with affective, anxiety, and substance abuse disorders (11).

Just as in BD, eating disorders are found throughout the entire spectrum of symptoms ranging from mild, partial until the complete symptomatology. The inclusion of partial or atypical presentation in the studies increases their prevalence and consequently the prevalence of their comorbidity with BD.

This study has the following aims:

1. To describe the prevalence of comorbidities of BD with the “classic” eating disorders (anorexia nervosa and bulimia) and with those eating disorders not officially included in diagnostic classification (e.g. binge eating disorder) in a sample of bipolar patients at an outpatient care unit.

2. To compare the index of agreement between the instruments (SCID and MINI) in the diagnosis of eating disorders.

## **METHODS**

### Subjects

The patients included in this study were those assessed consecutively at the BD outpatient clinic at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) that presented the BD diagnosis confirmed by the SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV), and that agreed to participate in the study by a informed consent.

The patients who could not understand or answer to the instruments were excluded.

### Instruments

- Questionnaire of demographic data and characteristics of the disease (beginning, evolution, treatments) and family history of psychiatric diseases.
- SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV) (12) – is the instrument that allows a diagnosis according to the DSM IV criteria. The presence or absence of each of the disorders occurring at the present time (within the last month) or any occurrence over a lifetime is registered. It begins with a general examination using a non-structured clinical interview, followed by modules that correspond to the main diagnostic categories. The rating is based on the interviewing clinician's judgment instead of the answer given by the patient, requiring training on the interviewer's part. Since 1987, the SCID has passed through many revisions based on the use of the instrument by its authors and by other researchers (12).
- The Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) (13) consists of 17 items. The total score is the result of the sum of the 17 partial scores. It should be used, as much as possible, as a clinical interview. That is why the interviewer needs to have clinical experience to interpret the answers given by patients.
- M.I.N.I. - The Mini-International Neuropsychiatric Interview (14): the MINI is a structured diagnostic interview used to identify the disorders of DSM IV and CID 10. This interview takes about 15 minutes to administer. It was developed to meet the need of a short, but accurate, structured psychiatric interview, for multicentric clinical trials and epidemiological studies. It explores in a standardized manner the main Psychiatric DSM IV Axis I Disorders (15). It may be used by clinicians, after little orientation; however, interviewers who are not clinicians need more intensive training. In this study the Eating Disorders module was administered.

This instrument includes some key questions that conduct the interviewer forward when one answer is negative. Having as its aim to diagnose milder forms of eating disorders or the partial binge eating syndrome, the advise to interrupt the interview in the presence of a negative answer was not followed. Because of this, all the questions of this module were carried out with all patients.

### Filling in the Instruments

The filling of the protocol was carried out by a group of researchers, which included 4 psychiatric doctors and 3 medical students with experience in psychiatric research.

The SCID, MINI and the Hamilton Scale were carried out by the researchers only after they were trained, and each patient concluded the protocol guided by the same researcher. The average time period to carry out the entire protocol was kept around 2 sessions of about 40 minutes each with an interval of 2 weeks between them.

The protocol process started with the application of SCID - the module of BD as the first requirement for being included in the study. If the patient did in fact confirm the diagnosis of BD, the SCID was concluded and the other instruments were applied.

The charts I and II present the questions utilized by the SCID and by the MINI in diagnosing anorexia nervosa and bulimia.

### Calculation of the size of the sample

The authors did not find, in the literature, studies which presented the prevalence of the comorbidity between Bipolar Disorders and Eating Disorders. Because of this, we estimated the size of the sample from the prevalences of each disorder on.

Comparing both disorders, Bipolar Disorder presents the higher prevalence. The studies present a median prevalence in population of 3,4% when included Bipolar Disorder I, II and sometimes cyclothymia (Hirschfeld, 2001).

Because in our sample we have studied patients in treatment in a specialized ambulatory, the prevalence we estimated was twice that of general population, is to say, nearly 7%.

Accepting a 5% standard error, 100 patients were needed to compound the sample.

**CHART I – Questions utilized by the SCID and by the MINI to evaluate Anorexia Nervosa**

	<b>SCID</b>	<b>MINI</b>
<p><b>ANOREXIA NERVOSA</b></p>	<p>Has there been a time when people thought that you weighed much less that you should?</p> <p><b>IF YES</b>, consider Anorexia Nervosa Refusal to maintain corporal weight at normal weight or above, together with an intense fear of becoming overweight.</p>	<p>M1a-What is your height?                      b- In the last 3 months, what was the least that you weighed?                      c-Is the weight of the one being interviewed less than the critical limit indicated according to their height (see corresponding table below) no Yes                      In the last 3 months, have you-                      M2- refused to gain weight, even though you are underweight? No Yes                      M3- been afraid to gain weight or become overweight? No Yes                      M4a- thought that you were fat or thought that a part of you looked fatty?                      b- has your opinion about yourself or your self esteem been too influenced by your weight or by your figure?                      c- have you thought that your weight was normal or excessive?                      M5- Is there 1 Yes in M4? No Yes                      M6- THIS PART IS FOR WOMEN ONLY: In the last three months has your period come at regular intervals (excludes pregnancy)? No Yes</p>

SCID – Structured Clinical Interview for DSM IV

MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview



**CHART II: Questions utilized by SCID and MINI to evaluate Bulimia nervosa**

<p style="text-align: center;"><b>BULIMIA NERVOSA</b></p>	<p style="text-align: center;">Do you have many periods of time when you eat out of control? Tell me a little about these periods.</p> <p style="text-align: center;"><b>IF YES, consider Bulimia Nervosa.</b></p> <p style="text-align: center;">Recurring occasions of periodic binges with inadequate compensating actions.</p>	<p>N1- In the last 3 months were there binges of " uncontrollably eating " when enormous quantities of food were eaten during a limited period of time — 2 hours or less? No Yes</p> <p>N2- During the last 3 months were there at least 2 binges of " uncontrollably eating " 2 times a week? No Yes</p> <p>N3- During these binges of " uncontrollably eating " do you feel that you cannot stop eating or that you cannot limit how much food you eat? No Yes</p> <p>N4- To avoid getting overweight, after these binges do you do something to cause yourself to vomit, or diet rigorously, exercise, take laxatives, diuretics or other medications to relieve your hunger? No Yes</p> <p>N5- Is your opinion about yourself or your self esteem very influenced by your weight or by your figure? No Yes</p> <p>N6-THE INTERVIEWED PERSON SHOWS ANOREXIA NERVOSA (MODULE "M")</p> <p>N7- Do these binges of " uncontrollably eating " happen when your weight is under _____ kg? (according to the weight found on the chart)</p>
---	--	---

SCID – Structured Clinical Interview for DSM IV

MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview

## RESULTS

The sample was made up of 95 patients, whose demographic characteristics are on Table I.

**TABLE I** – Description of the sample of bipolar patients in an outpatient care unit (n=95)

<b>Gender</b>	<b>N (%)</b>
Female	70 (73.7%)
Male	25 (26.3%)
<b>Age</b>	
Average (sd)	41.18 (11.96)
Median	42
Minimum	18
Maximum	71
<b>Marital status</b>	<b>N (%)</b>
Married	37 (38.9)
Single	28 (29.5)
Divorced	21 (22.1)
Widowed	9 (9.5)
<b>BMI (n=92)</b>	
Average (sd)	27.32 (5.21)
Median	26.43
Min	17.03
Max	44.34
<b>1<sup>st</sup> episode</b>	<b>N (%)</b>
Depression	58 (61.1)
Mania	23 (24.2)
Hipomania	2 ( 2.1)
Mixed	7 (7.4)

\*BMI: Body Mass Index

The prevalence of eating disorders detected by the SCID and the MINI was 5.3% and 6.4% respectively. Of the 95 individuals, 4 fulfilled criteria for bulimia according to the SCID, and 5 fulfilled the criteria according to the MINI (Table II). There was just 1 case of anorexia, and it was diagnosed by both instruments (1.1%)

**TABLE II** – Prevalence of Eating Disorders recognized by DSM IV, in a sample of 95 patients with Bipolar Disorder, by using the MINI and SCID

	SCID		MINI		Kappa*
	N	%	N	%	
<b>Anorexia</b>	1	1,1	1	1,1	0,45
<b>Bulimia</b>	4	4,2	5	5,3	
<b>Total</b>	5	5,3	6	6,4	

\*agreement between the diagnosis using MINI and SCID (18)

**TABLE III** - Prevalence of Eating Disorders in a sample of 95 patients with BD

	SCID		MINI		Kappa**
	N	%	N	%	
<b>Anorexia</b>	1	1.1	1	1.1	0.42
<b>Bulimia</b>	4	4.2	5	5.2	
<b>Others*</b>	4	4.2	17	18	
<b>Total</b>	9	9.5	23	24.2	

\*instances of partial eating disorders or of binge eating

\*\*agreement between the diagnosis using MINI and SCID

Considering the cases of binge or partial binge eating syndrome as positive cases of eating disorders (identified in the table as "others") a 9.5% prevalence is obtained by SCID and 24,2% by MINI.

## CONCLUSION

This current study shows relevant and yet unpublished data in Brazilian literature. Initially, it identified that the prevalence of eating disorders in patients with bipolar disorder is superior to the prevalence in general population. Beside this, it shows that when binge eating is included in the group of eating disorders, the prevalence of these disorders can quadruple. Also, the results show two semi-

structured diagnostic instruments that are only moderately congruent in the diagnosis of eating disorders in bipolar patients.

The prevalence of 5.3% and 6.4% of bulimia and anorexia according to the diagnostic instrument used, is similar to those found by Cassano and collaborators (5), who in a sample of 47 patients with BD I found 6.4% of eating disorders (anorexia nervosa and bulimia). Also, McElroy and collaborators (8) found 5.9% of patients with eating disorders in a sample of 288 individuals with BD I or II. These values are more prevalent than those found in general population, which records about 0.3% for anorexia nervosa and 1% for bulimia (16).

The utilization of the modified form of MINI in this study made it possible to consider the prevalence of disorders besides bulimia, anorexia and binge eating. In this way, a prevalence of 24.3% was obtained. This prevalence comes close to the prevalence of Panic/Agoraphobia disorder found by McElroy (8) in patients with BD which was 20%. On the other hand, the distribution of atypical eating disorders is little known. The outcome found in studies which investigate the prevalence of these disorders ranges between 20 and 61% (17), making it clear that a great number of eating disorders are "atypical".

Miotto and collaborators (18) studied the prevalence of eating disorders in a sample of adolescents in a community. The score obtained in the Body Attitudes Test (BAT) was higher than the cutoff point in 45.5% of the women researched. Also, Braun and collaborators (19), in a clinical sample, found 81.9% prevalence of comorbidity in Axis I (especially in the bulimic subgroups) in patients with Eating Disorders.

The comparison of MINI in the way it was used in this study (which was to give all the questions of the eating disorder section without skipping the questions as

the original syntax of the instrument proposes) with SCID shows that MINI allowed a more thorough investigation of various eating disorders. It allowed the diagnosis of mild or atypical forms of eating disorders which are clinically relevant, especially in bipolar patients. Krüger and collaborators (20) used a semi-structured clinical interview to diagnose eating disorders in bipolar patients and found greater prevalence than they found with SCID as the diagnostic instrument. And beyond this, they identified recurring episodes of binge eating in the sample studied. De Zwaan (21) shows a prevalence of Partial Binge-Eating Syndrome of up to 5% in general population and 70% in binge eating self-help groups. It has also been verified by Yanovski and collaborators (22) that periodic binges are linked to a greater prevalence of comorbidities in axis I when obese individuals are considered. For this reason, it was fundamental that these diagnoses were included in this study .

The questions about eating habits and symptoms directed to this population is of great importance because many medications used in the treatment of BD, especially antipsychotic and mood stabilizers, affect eating habits by increasing appetite and altering preferences (23). Also, in these cases there is frequently less motivation to participate in physical exercise, which is a factor in gaining weight. However, the increase in appetite and obesity are not necessarily associated to binge eating. The mechanisms that cause obesity are still little known (24). However, the diagnosis of bulimia and binge eating disorder is based on the habitual uncontrollable intake of food and may or may not be associated with above normal weight and obesity.

The role of the medications used in bipolar disorder in cases when there is comorbidity with eating disorder diagnosis needs to be further studied. Elmslie (25)

studied 89 bipolar patients on mood stabilizers and found overweight prevalence over than in the general population.

In our sample, all the patients are currently taking lithium and/or sodium valproate and/or carbamazepine and in some cases other medications that potentially increase hunger such as typical antipsychotic and antidepressives. However, our conclusions cannot be attributed only to the effects of medications because all the patients were currently using medications that can cause weight gain and only a percentage presented an eating disorder diagnosis.

Therefore, the adherence to treatment of bipolar disorder may be impaired by weight gain and by changes in eating preferences and habits due to side effects of the medication, as well as by the possible comorbid diagnosis of an Eating Disorder. For this reason an adequate diagnosis and care of the underlying factors causing weight gain in bipolar patients can have an impact on the adherence to treatment and consequently on the prognosis of Bipolar Disorder.

This study has some limitations. The first limitation is that this data cannot be generalized to include bipolar patients in general. The fact that the study's sample was taken from a clinic population, in itself, increases the probability of having comorbidities (Bushnell, 1994). Beside this, the patients included in this study are part of a population of bipolar patients from an outpatient care unit where more severe cases search for assistance. It would be expected that the more severe the case, the more prevalent the comorbidities.

The second limitation is that the diagnostic instruments used (SCID and MINI) though normally accepted in literature, are not specific instruments developed to make diagnosis of eating disorders. This fact, in theory, could bring about a subdiagnosis in this current study.

The third limitation of this study is the fact that the diagnosis of Partial Binge Eating Syndrome as well as the EDNOS (Eating Disorders not Otherwise Specified) were not included in the instruments used. This is the reason why the designation of the subsyndromic cases (that do not fill completely all of the criteria for anorexia nervosa or bulimia), as well as atypical cases, is limited. This limitation is confirmed by Zimmerman's study (2), in which a prevalence of 6% of EDNOS compared to 0.6% of bulimic and 0 of anorexia nervosa patients was found in a sample of 500 patients using SCID diagnoses. In our study, this limitation was made up for by using all questions of the MINI in order to permit the inclusion of the EDNOS cases.

This current study suggests that bipolar patients present a high prevalence of eating disorders, especially when the diagnosis is expanded to include more than just the classic diagnostic cases of anorexia and bulimia. More studies are necessary to confirm these findings. The utilization of instruments that include milder and atypical eating disorders would be useful in that they include clinical conditions that influence the care and clinical evolution of these patients.

## REFERENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>a</sup> ed. Washington DC, 1980.

BRAUN DL; SUNDAY SR; HALMI KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. **Psychological Medicine**, 24, 859-867, 1994.

BUSHNELL JA;WELLS JE;McKENZIE JM;HORNBLow AR.OAKLEY-BROWNE MA;JOYCE PR. Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. **Psychological Medicine**, 24, p. 605-611, 1994.

CASSANO GB; McELROY SL;BRADT K;NOLEN WA;PLACIDI GF. Current issues in the identification and management of bipolar spectrum disorders in “special populations”. **Journal of affective Disorders**, 59 (2000) ,S69-S79.

DE ZWAAN M. Binge eating disorder and obesity. **International Journal of Obesity** (2001) 25, suppl 1, S51-S55.

DEL-BEM CM; VILELA JA; CRIPPA JA; HALLAK JE; LABATE CM; ZUARDI A. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – Versão Clínica” traduzida para o português. **Rev. Bras. Psiq** 2001, 23(3), p.156-9.

ELMSLIE JL;SILVERSTONE JT;MANN JI;WILLIAMS SM;ROMANS SE. Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. **J Clin Psychiatry** 2000, 61 (3), p. 179-184.

FAIRBURN C; BROWNELL K. **Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook**. 2<sup>nd</sup> ed. New York:The Guilford Press, 2002. 633 p.

HAMILTON, M. – A Rating Scale for Depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry** 23:56-62,1960.

HIRSCHFELD, ROBERT M. A.Bipolar Spectrum Disorder: Improving its Recognition and Diagnosis. **J Clin Psychiatry** 2001; 62 (suppl 14).

KRÜGER S; SHUGAR G; COOKE RG. Comorbidity of binge eating disorder and the partial binge eating syndrome with bipolar disorder. **Int J Eating Dis** 19, p. 45-52, 1996.

McELROY S; ALTSHULER L; SUPPES T; KECK P; FRYE MA; DENICOFF KD; NOLEN WA; KUPKA RW; LEVERICH GS; ROCHUSSEN JR; RUSH AJ; POST RM. Axis I Psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder.**Am J Psychiatry**, 158, p. 420-426, 2001.

MIOTTO P ; DE COPPI M; FREZZA M; PRETI A. The Spectrum or eating disorders: prevalence in an area of Northeast Italy. **Psychiatry Res**; 119 (1-2): 145-54, 2003. Jul 15.



O'BRIEN, KM. and VINCENT,NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa:nature, prevalence and causal relationships. **Clinical Psychology review** ,23 (2003) 57-74.

SHEEHAN, Dv; LECRUBIER Y; SHEEHAN H; AMORIM P; JANAUS J; WEILLER E; HERGUETA T; BAKER R; DUNBAR G. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry** 1998;59(suppl 20).

SPITZER RL, WILLIAMS JBW,GIBBON M, FIRST MB. The Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID). **Arch Gen Psychiatry** – vol 49, aug 1992.

WITTCHEN, HU. Critical Issues in the evaluation of Comorbidity of Psychiatric Disorders. **British Journal of Psychiatry**, 168 (suppl. 30), p. 9-16, 1996.

\_\_\_\_\_ What is Comorbidity – Fact or Artefact? **British Journal of Psychiatry** , 168 (suppl. 30), p. 7-8, 1996.

WONDERLICH SA and MITCHELL J.E. Eating Disorders and Comorbidity: Empirical, Conceptual and Clinical Implications. **Psychopharmacology Bulletin**, 1997, 33 (3), p.381-390.

YANOVSKI, SZ; NELSON JE; DUBBERT BK; SPITZER RL. Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects. **Am J Psychiatry**, october 1993, 150:10, p. 1472-1479.

ZIMMERMAN, MARK AND MATTIA, JILL. Psychiatric Diagnosis in Clinical Practice: is Comorbidity Being missed? **Comprehensive Psychiatry**, vol. 40, n° 3 (May/June), p. 182-191, 1999.

segundo artigo

## **A qualidade de vida de pacientes com transtorno de humor bipolar em comorbidade com transtornos alimentares**

### **RESUMO**

**Introdução-** A comorbidade com transtorno alimentar em pacientes bipolares pode interferir em sua qualidade de vida (QV). **Método-** A QV de 95 pacientes com transtorno bipolar foi avaliada pelo WHOQOL-bref. Foi feita a análise em relação a presença ou ausência de comorbidade com transtorno bipolar, tendo sido controlado para intensidade de depressão, além da identificação de formas subsindrômicas dos transtornos alimentares. **Resultados-** Foram encontradas diferenças em relação a todos os domínios do WHOQOL, exceto relações sociais. As diferenças permaneceram na maioria dos domínios após o controle para depressão. **Discussão-** A comorbidade com transtornos alimentares parece interferir de forma significativa na qualidade de vida dos pacientes bipolares, mesmo em suas formas “subsindrômicas”.

## INTRODUÇÃO

A preocupação com o conceito de "*qualidade de vida*" reflete um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar aspectos que não são limitados ao controle ou à cura das doenças, mas também à manutenção da saúde em seu aspecto global (saúde mental, física e bem estar geral).

*Qualidade de vida* (QV) é definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1998).

Diversos estudos têm sido realizados no sentido de estudar a QV em doenças clínicas (Fortin e cols, 2005), diferentes etapas do ciclo vital (Trentini, 2005) e também em transtornos psiquiátricos (Berlim e cols, 2003).

O impacto do Transtorno de Humor Bipolar (THB) sobre os vários aspectos da vida dos indivíduos e sobre seu bem-estar tem sido freqüentemente mencionado (Michalak e cols, 2006; Doll e cols, 2005), embora existam poucos estudos avaliando qualidade de vida em pacientes bipolares tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo. Os estudos existentes sugerem que o THB está associado com um prejuízo no funcionamento e no bem-estar, mesmo em fases estáveis da doença (Sierra e cols, 2005; Goldberg e Harrow, 2005).

Da mesma forma, o impacto negativo dos transtornos alimentares na QV tem sido reconhecido (de La Rie, 2005), mesmo quando são considerados quadros parciais de disfunções da conduta alimentar (Kitsantas e cols, 2003). Indivíduos que sofrem de transtornos alimentares apresentam pior desempenho em escalas de QV em relação à população normal, sendo tanto pior a QV quanto mais graves os sintomas alimentares (Padierna e cols, 2002; Kitsantas e cols, 2003). Por outro lado,

não há na literatura estudos que comparem a QV daqueles pacientes que apresentam Transtornos Alimentares típicos (anorexia nervosa e bulimia) em relação àqueles que apresentam quadros subsindrômicos.

A presença de comorbidades psiquiátricas parece piorar a QV dos pacientes, quando comparados ao grupo com apenas um diagnóstico (Singh e cols, 2005). No entanto, especificamente em relação ao efeito da comorbidade entre os transtornos alimentares e THB na QV, não foram encontrados estudos nas fontes consultadas (Medline).

O objetivo do presente estudo é o de avaliar a qualidade de vida em pacientes bipolares com e sem comorbidade com transtornos alimentares.

## **METODOLOGIA**

### 1. instrumentos

- questionário de dados demográficos e características da doença (início, evolução, tratamentos), e história familiar de doenças psiquiátricas;
- SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV) (Spitzer, 1990) – é instrumento que permite fazer diagnósticos dentro dos critérios do DSM IV. Registra-se a presença ou ausência de cada um dos transtornos no momento atual (último mês) ou a ocorrência durante a vida. Inicia por uma revisão geral através de entrevista clínica não estruturada, seguida por módulos correspondentes às categorias diagnósticas principais. A pontuação baseia-se no julgamento clínico do entrevistador, e não na resposta dada pelo paciente, o que exige um treinamento dos entrevistadores. Este treinamento deve ser de 20 horas de exercício prático supervisionado. Desde 1987, o SCID passou por várias revisões, baseado no uso

do instrumento pelos autores e por outros pesquisadores (Del-Bem, 2001; Spitzer, 1992).

- Escala Hamilton de Depressão (HDS) (Hamilton, 1960) – é uma escala que consiste de 17 itens, cujas pontuações são somadas para produzir um escore total. Deve ser usada, tanto quanto possível, ao modo de entrevista clínica. Por isso, o avaliador deve ter experiência clínica para interpretar as respostas dos pacientes.

- M.I.N.I – Módulo Transtornos Alimentares (Sheehan,1998): o MINI é uma entrevista diagnóstica estruturada, desenvolvida para identificação dos transtornos do DSM IV e CID 10. Tem um tempo de administração de aproximadamente 15 minutos. Desenvolvido para preencher a necessidade de uma entrevista psiquiátrica estruturada pequena, porém acurada, para ensaios clínicos multicêntricos e estudos epidemiológicos. Explora de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve, sendo que entrevistadores não clínicos necessitam formação mais intensiva (Sheehan,1998). Neste estudo, foi aplicado o módulo de Transtornos Alimentares. Este instrumento possui algumas perguntas-chave que, quando respondidas negativamente, orientam o entrevistador a dirigir-se ao próximo módulo. Com o objetivo de diagnosticar formas mais brandas dos transtornos alimentares ou o transtorno da compulsão alimentar periódica, as orientações de suspensão do interrogatório diante de uma resposta negativa não foram seguidas. Assim, foram realizadas todas as perguntas deste módulo a todos os pacientes.

- WHOQOL-bref – é um instrumento abreviado, criado a partir do WHOQOL-100, que mede qualidade de vida. Este instrumento consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24

representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Abrange os domínios psicológico, físico, meio ambiente e relações sociais. Em alguns minutos, os pacientes respondem individualmente às perguntas.

## 2. aplicação dos instrumentos

Todos os pacientes com diagnóstico de THB segundo o SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) que tivessem condições de responder a um questionário de auto-avaliação (WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life Instrument-bref) foram avaliados seqüencialmente durante o período de um ano em um ambulatório de atendimento terciário em Porto Alegre – RS (ambulatório de Transtorno de Humor Bipolar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre).

O protocolo de pesquisa constou de Termo de Consentimento Informado, Ficha de dados demográficos, SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) – módulo transtornos alimentares, Escala Hamilton de Depressão, WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument). A aplicação dos instrumentos foi realizada por médicos psiquiatras ou estudantes do último ano do curso de Medicina, familiarizados com a pesquisa em Psiquiatria e treinados para utilização dos questionários.

O diagnóstico de THB foi realizado pelo SCID. O diagnóstico dos Transtornos Alimentares foi realizado pelo MINI. Todas as questões referentes ao módulo de transtornos alimentares foram feitas, sem que se suspendesse o interrogatório diante de uma resposta negativa (como é sugerido pela sintaxe original do instrumento). Assim, além de anorexia nervosa e bulimia, foi incluído o grupo de “transtornos alimentares subsindrômicos”. Este grupo abrange todos aqueles pacientes que apresentam sintomas de transtornos alimentares, mas não se enquadram em qualquer dos dois grupos diagnósticos (anorexia nervosa ou bulimia).

O grupo dos “subsindrômicos” incluiu pacientes com transtorno do comer compulsivo na sua maioria e alguns casos de pacientes com transtornos alimentares não especificados. Assim, para a análise a amostra foi dividida em três grupos - THB sem comorbidade com transtorno alimentar, THB com comorbidade com transtorno alimentar “completo” (Anorexia e Bulimia) e THB com comorbidade com transtorno alimentar “subsindrômico” (pacientes que apresentam sintomas de transtornos alimentares, mas não preenchem completamente os critérios para o diagnóstico de transtorno alimentar).

### **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico SPSS versão 10 .0.

A comparação de médias entre dois grupos foi feita através do teste T de Student após o teste de normalidade da distribuição dos dados. Para a análise de variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado exato com método de Monte Carlo devido ao tamanho da amostra. Foram utilizados ANOVA baseado na estatística de Welch robusta para variâncias não homogêneas e tamanhos de amostra diferentes com teste de Tamhane de comparações múltiplas para variâncias não homogêneas.

Os escores foram ajustados para a intensidade de depressão através da análise de co-variância.

### **RESULTADOS**

Foram investigados 95 pacientes no período de um ano.

A tabela I apresenta o perfil dos três grupos da amostra. Não houve diferença entre os grupos quanto à distribuição por sexo, idade, nível educacional, estado

marital e Índice de Massa Corporal (IMC). O grupo com comorbidade com quadros completos apresenta-se significativamente mais deprimido que os demais grupos.

**TABELA I-** Descrição do perfil clínico e demográfico dos pacientes com transtorno bipolar sem comorbidade com transtorno alimentar, com comorbidade com quadros subsindrômicos e com comorbidade com quadros completos de transtorno alimentar

<b>Variáveis sócio-demográficas e clínicas</b>	<b>Sem comorbidade N= 72</b>	<b>Comorbidade com quadros subsindrômicos N=16</b>	<b>Comorbidade com quadros completos N=7</b>	<b>P</b>
<b>Sexo</b>				0,851*
Masculino	20(27,0%)	3(18,7%)	2(28,6%)	
Feminino	52(73,0%)	13(81,3%)	5(71,4%)	
<b>Idade</b>	42,0(12,0)	38,2(13,4)	39,3(7,5)	0,466
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	9,4(4,4)	11,1(3,6)	8,6(2,1)	0,274
<b>Estado marital</b>				0,279*
Casado	29(40,2%)	4(25,0%)	4(57,1%)	
Separado	13(18,1%)	5(31,3%)	3(42,9%)	
Solteiro	22(30,6%)	6(37,4%)	0(0,0%)	
Viúvo	8(11,1%)	1(6,3%)	0(0,0%)	
<b>IMC<sup>1</sup></b>	27,5(5,3)	26,9(4,7)	26,3(6,2)	0,786
<b>HAM-D 17<sup>2</sup></b>	10,4(7,9)	11,0(5,2)	16,0(2,4)	0,001*

<sup>1</sup> Índice de Massa Corporal

<sup>2</sup> Escala de Hamilton para Depressão 17 itens

\* Foram utilizados os testes Qui-quadrados exatos com método de Monte Carlo devido ao tamanho da amostra.

\*\* Baseado na estatística de Welch robusta para variâncias não homogêneas e tamanhos de amostra diferentes.

A tabela mostra que em todos os grupos há um predomínio de pacientes do sexo feminino. A idade média da amostra gira em torno dos 40 anos. No grupo que não apresenta a comorbidade, a escolaridade (medida em anos de estudo) é



discretamente mais elevada. Quanto ao estado marital, no grupo que não apresenta comorbidade, assim como no grupo em que há comorbidade com quadros completos de transtornos alimentares, a maioria dos pacientes são casados; já no grupo de pacientes em que se verifica a comorbidade do THB com quadros subsindrômicos de TA, a maior parte dos pacientes são solteiros. Note-se que o IMC de todos os grupos se mantém na faixa do sobrepeso (superior a 25 kg/m<sup>2</sup>). Em relação à depressão, todos os grupos apresentaram escores baixos com a aplicação da escala Hamilton.

A tabela II apresenta a comparação das médias dos diferentes domínios de Qualidade de Vida medidos pelo WHOQOL entre pacientes com comorbidade com Transtorno Alimentar (quadros completos e subsindrômicos) e o grupo sem a comorbidade. Verifica-se que “relações sociais” é o único domínio em que a Qualidade de Vida não apresenta escores significativamente inferiores.

**TABELA II - Comparação dos escores de qualidade de vida medidos pelo WHOQOL dos pacientes bipolares sem comorbidade x com comorbidade com transtorno alimentar**

	Físico	psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	Geral
<b>Com TA*</b> <b>N=23</b> <b>M (dp)**</b>	41,5 (19,6)	40,1 (17,1)	43,9 (20,4)	43,5 (15,4)	48,3 (16,9)
<b>Sem TA</b> <b>N= 72</b> <b>M (dp)</b>	51,7 (19,0)	51,8 (20,2)	51,2 (23,4)	56,9 (14,7)	57,7 (19,7)
<b>P</b>	0,032	0,017	0,192	0,001	0,046

\*TA – Transtorno Alimentar

\*\*M(dp) – Média (desvio-padrão)

Na tabela III, são apresentados os escores de QV ajustados pela depressão nos dois grupos - com comorbidade (quadros completos, e subsindrômicos) e sem comorbidade. Nos domínios “psicológico” e “meio ambiente”, os escores seguem mostrando diferença significativa, e o domínio “relações sociais” continua não mostrando diferença significativa entre os grupos. Já o domínio físico, significativamente diferente na ausência de controle para depressão, passou a não mostrar diferença – mesmo assim, com um nível de significância pouco superior ao limite.

**TABELA III - Comparação dos escores de qualidade de vida ajustados pela depressão dos pacientes bipolares sem comorbidade x com comorbidade com transtorno alimentar**

	<b>Físico</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Relações sociais</b>	<b>Meio ambiente</b>	<b>Geral</b>
<b>Com TA n=23</b> <b>M (ep)</b>	44,0 (3,5)	43,0 (3,4)	46,0 (4,6)	44,9 (3,0)	50,8 (3,5)
<b>Sem TA n=72</b> <b>M (ep)</b>	51,0 (2,0)	51,0 (1,9)	50,6 (2,6)	56,4 (1,7)	57,0 (1,9)
<b>p</b>	0,086	0,043	0,387	0,001	0,127

\*TA – Transtorno Alimentar

\*\* M (ep) – Média (erro-padrão)

A tabela IV mostra os escores de qualidade de vida dos três grupos. O grupo sem comorbidade apresenta escores mais altos (melhor QV) do que os dois grupos que apresentam algum grau de comorbidade nos domínios “psicológico” e “meio ambiente”. Entre si, os dois grupos que apresentam a comorbidade (completa ou subsindrômica) não se diferenciam. Verifica-se que o grupo “subsindrômico” tende a ter escores intermediários em relação aos outros dois grupos, exceto no domínio físico.

**TABELA IV** - Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes bipolares sem comorbidade x com comorbidade com transtorno alimentar subsindrômico x transtorno alimentar completo

Grupo	Físico	Psicológico	Domínios		Geral
			Relações Sociais	Meio-Ambiente	
	M(dp) **	M(dp)	M(dp)	M(dp)	M(dp)
<b>Completo</b> n= 7	39,3(21,4)a	33,3(11,5)a	40,5(18,9)a	39,3(11,7)a	42,9(14,2)a
<b>Subsindrômico</b> n=16	42,6(19,4)a	43,3(18,7)ab	45,6(21,6)a	45,4(16,9)a	50,8(18,0)a
<b>Sem TA *</b> n= 73	51,8(19,2)a	51,9(20,5) b	51,3(23,7)a	56,9(14,9) b	57,8(20,0)a
<b>P</b>	0,095	0,032	0,382	0,001	0,091

1 médias seguidas de mesma letra não diferem estatisticamente ao n.s. de 5%.

\*TA= Transtorno alimentar

\*\* M(dp)= Média (desvio padrão)

Na tabela V são apresentados os escores de QV de cada um dos três grupos, ajustados para depressão. Nesta análise, o grupo sem comorbidade apresenta escores superiores apenas no domínio meio-ambiente. O grupo de transtorno “subsindrômico” apresenta escores que o aproximam mais do grupo com comorbidade “completa”.

**TABELA V** - Comparação dos escores de qualidade de vida ajustados pela depressão dos pacientes bipolares sem comorbidade x com comorbidade com transtorno alimentar subsindrômico x transtorno alimentar completo

Grupo	Físico	Psicológico	Domínios	Meio-Ambiente	Geral
			Relações Sociais		
	M(EP)**	M(EP)	M(EP)	M(EP)	M(EP)
<b>COMPLETO</b> n= 7	46,5(6,4)a	41,7(6,1)a	46,7(8,3)a	43,5(5,3)a	50,3(6,3)a
<b>SUBSINDRÔMICO</b> n= 16	42,8(4,3)a	43,6(4,1)a	45,7(5,5)a	45,6(3,6)a	51,0(4,2)a
<b>SEM TA*</b> n= 73	51,0(2,0)a	51,0(1,9)a	50,6(2,6)a	56,4(1,6) b	56,7(2,0)a
<b>P</b>	0,205	0,126	0,686	0,005	0,312

médias seguidas de mesma letra não diferem estatisticamente ao n.s. de 5%.

\*TA – Transtorno Alimentar

\*\*M (ep) – Média (erro-padrão)

## DISCUSSÃO

O principal achado do presente estudo é o de que a comorbidade do Transtorno de Humor Bipolar com Transtornos Alimentares está associada a pior Qualidade de Vida em quase todos os domínios medidos por instrumento genérico de Qualidade de Vida.

Um segundo achado sugere que a sintomatologia “subsindrômica” dos TA parece ter uma influência de magnitude significativa sobre a QV, embora menor que os TA em seus quadros completos (anorexia nervosa e bulimia). Mesmo quando avaliado separadamente, o grupo de pacientes com transtornos alimentares subsindrômicos mostrou que há uma interferência na QV de forma semelhante àquela que ocorre no grupo que apresenta TA completos. Isto sugere que a

comorbidade com transtorno alimentar em algum grau já interfere na qualidade de vida, indicando que esta categoria mereceria um maior destaque nos estudos.

Este segundo achado não é conclusivo, provavelmente em função de limitações determinadas pelo tamanho da amostra, porém é confirmado por dados da literatura (Woodside e cols, 2001).

Um terceiro achado é o de que a presença de sintomatologia depressiva é um potencial confundidor nesta associação entre comorbidade com transtorno alimentar e pior QV. No entanto, a associação permanece, pelo menos em alguns domínios de QV, mesmo quando é realizado o controle para este efeito.

Em relação ao primeiro achado, é digno de nota que o domínio de relações sociais do WHOQOL permaneceu em todas as análises sem diferença significativa entre os grupos. Pelo menos duas hipóteses poderiam ser levantadas. Uma é a de que este é um domínio mais frágil do ponto de vista psicométrico, composto por apenas três itens e que já apresentou problemas de validade discriminante em outras análises (Fleck e cols, 2000). Outra hipótese seria a de que as relações interpessoais nos pacientes bipolares já estariam de tal monta afetadas pelo Transtorno Bipolar (Goswami e cols, 2006), que eventuais diagnósticos comórbidos não teriam um impacto adicional para piorar ainda mais o desempenho neste domínio. Inversamente, o domínio Meio-ambiente permaneceu consistentemente diferente nas diferentes análises, opondo o transtorno bipolar sem comorbidade em relação às suas manifestações comórbidas com transtorno alimentar. Não encontramos nenhuma razão aparente para este domínio ter tal capacidade discriminante nesta amostra. Um eventual fator confundidor neste domínio poderia ser a variável “nível sócio-econômico”, que não foi controlada. No entanto, não se

pode, *a priori*, considerar que amostra apresentaria uma diferença nesta variável, já que ela (a amostra) provém inteiramente de um hospital público universitário.

Uma possível explicação para os demais domínios que não apresentaram diferença significativa (psicológico e físico) poderia ser o tamanho da amostra (erro tipo Beta). Uma vez que nossa hipótese de comparação entre grupos foi *ad hoc*, já que não esperávamos obter prevalências tão altas de formas subsindrômicas de transtornos alimentares em pacientes bipolares (Franco e cols. artigo submetido), existem problemas de tamanho de amostra especialmente no grupo com transtornos alimentares completos. Para estimar o efeito da limitação determinada pelo tamanho da amostra, fizemos uma estimativa do impacto que teria um possível aumento do tamanho da amostra sobre os resultados (dados não apresentados). Para isto, utilizamos o erro padrão da amostra que apresentava o maior “n” (grupo dos bipolares sem comorbidade com transtorno alimentar) e utilizamos este erro padrão para definirmos intervalos de confiança para as médias de todos os grupos. Com esta estratégia, podemos observar uma tendência em que apenas o domínio de relações sociais permaneceria não significativo para a primeira análise em dois grupos (comorbidade x ausência de comorbidade com TA). Com esta mesma estratégia na análise em três grupos (ausência de comorbidade com TA x comorbidade subsindrômica x comorbidade completa), verifica-se a tendência de que novamente apenas o domínio de relações sociais e o domínio físico permaneçam não significativos na comparação “comorbidade com TA completo x ausência de comorbidade”. Os demais domínios (psicológico e meio-ambiente) alcançariam diferença estatisticamente significativa.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Inicialmente, a utilização de instrumentos diagnósticos não específicos para transtornos alimentares cria

dificuldades na identificação destes quadros. Por este motivo, o MINI foi utilizado de forma a tornar-se mais abrangente e incluir, assim, formas parciais e atípicas de transtornos alimentares.

Uma segunda limitação, o tamanho da amostra, tem sido um problema em outros estudos enfocando QV em THB (Buesching e cols, 2001) e já foi discutido acima. Pesquisas realizadas a partir de amostras maiores poderão ser mais conclusivas, permitindo um melhor entendimento da influência da comorbidade de transtornos alimentares na QV dos indivíduos bipolares.

A terceira limitação refere-se à validade externa destes achados. A amostra, por ter sido recrutada em um serviço de atendimento terciário, é composta por casos mais graves e, possivelmente, a prevalência de comorbidades esteja hiperdimensionada.

Finalmente, a ausência de controle para outros transtornos psiquiátricos comórbidos e sua interferência sobre a QV pode também prejudicar os achados do estudo, embora a princípio não se deva supor que a comorbidade com transtornos alimentares esteja associada a uma maior comorbidade com outros transtornos em pacientes bipolares.

Embora nossos achados sejam ainda preliminares, eles sugerem que os transtornos alimentares comórbidos mesmo em sua forma “subsindrômica” estão associados a uma pior QV em pacientes bipolares.

Mais estudos são necessários com amostras maiores e provenientes da comunidade e de serviços primários de saúde para que se possa estimar o real papel dos TA na QV de pacientes bipolares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>a</sup> ed. Washington DC : American Psychiatric Association, 1994.

BERLIM MT, MATTEVI BS, FLECK MPA. Depression and quality of life among depressed Brazilian outpatients. **Psychiatr Serv** 2003;54(2):254.

BUESCHING, DON P ; NAMJOSHI, MADHAV A. e.. A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorder. **Quality of life research**. 2001 Vol 10, nº2 – pag. 105-115.

DE LA RIE SM , G. NOORDENBOS & EF VAN FURTH. Quality of Life and eating Disorders. **Quality of life research** (2005) 14:1511-1522.

DEL-BEM CM; VILELA JA; CRIPPA JA; HALLAK JE; LABATE CM; ZUARDI A. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – Versão Clínica” traduzida para o português. **Rev. Bras. Psiq** 2001, 23(3), p.156-9.

DOLL HA; PETERSEN SE; STEWART-BROWN SL. Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. **Qual Life Res**; 14(3):705-17, 2005 Apr.

FLECK MPA, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L, PINZON V. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. **Rev Saude Publica** 2000;34(2):178-83.

FORTIN M; BRAVO G; HUDON C; LAPOINTE L. ALMIRALL J; DUBOIS MF; VANASSE A (2006) Relationship Between Multimorbidity and Health-Related Quality of Life of Patients in Primary Care. *Quality of Life Research*, v. 15, n. 1, p. 83-91

GOLDBERG JF; HARROW M Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. **J Affect Disord**; 89(1-3):79-89, 2005 dec.

GOSWAMI U, SHARMA A, KHASTIGIR U, FERRIER IN, YOUNG AH, GALLAGHER P, THOMPSON JM, MOORE PB. (2006) Neuropsychological dysfunction, soft neurological signs and social disability in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 188:366-373.

HAMILTON, M. – A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23:56-62,1960.

KITSANTAS A; GILLIGAN TD; KAMATA A.College women with eating disorders: self-regulation, life satisfaction, and positive/negative affect. **J Psychol**, 137(4):381-95, 2003 Jul.



MICHALAK E.; LAKSHMIN Y. ; KOLESAR S; LAM R. Bipolar Disorder and Quality of life: a patient-centered perspective. **Quality of life research**. Febr 2006. Vol 15-nº1. Pages 25-37

PADIERNA A; QUINTANA JM; AROSTEGUI I; GONZALEZ N; HORCAJO MJ. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. **Qual Life Res**; 11 (6):545-52, 2002 sept.

SHEEHAN DV; LECRUBIER Y; SHEEHAN H; AMORIM P; JANAVS J; WEILLER E; HERGUETA T; BAKER R; DUNBAR GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry** 1998, 59 (suppl 20), p. 22-57.

SIERRA P, LIVIANOS L, ROJO L. Quality of Life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. **Bipolar disord** 2005; 7: 159-165.

SINGH J, MATTOO SK, SHARAN P, BASU D. Quality of Life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. **Bipolar Disord** 2005; 7, p.187-191.

SPITZER RL; WILLIAMS JB; GIBBON M; FIRST MB. The Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID). **Arch Gen Psychiatry** – vol 49, aug 1992.

The WHOQOL group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref Quality of Life Assessment. **Psychol Med** 1998; 28:551-558.

TRENTINI, CM. *Qualidade de vida em Idosos. 2004.224 f.* Tese (Doutorado) Autor principal Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas : Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2004. Nota resumo

WOODSIDE DB; GARFINKEL PE; LIN E; GOERING P; KAPLAN AS; GOLDBLOOM DS; KENNEDY SH. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. **Am J Psychiatry**. 158(4):570-4, 2001 Apr.

## **Quality of life of patients with bipolar mood disorder in comorbidity with eating disorders**

Authors: Franco, Matilde D<sup>1</sup>; Fleck, Marcelo P. A<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> M.D., Psychiatrist. Postgraduate Student in the Graduate Program in Psychiatry at the Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brazil

<sup>2</sup> M.D., Psychiatrist. Associate Professor of the Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brazil

---

Reprint requests to Dr. Matilde D. Franco. Address: Rua Dr. Florêncio Ygartua, 391 – s. 406. Moinhos de Vento. Porto Alegre, RS, Brazil. Zip code 90430-010.

This work was partially supported by the research fund of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA).

This paper is part of a master thesis named “Comorbidity between Bipolar Disorders and Eating Disorders”.

## ABSTRACT

### **Quality of life of patients with bipolar mood disorder in comorbidity with eating disorders**

INTRODUCTION – Comorbidity with eating disorder in bipolar patients can affect their quality of life (QOL). METHOD – The QOL of 95 patients with bipolar disorder was assessed by the WHOQOL-bref. The presence or absence of comorbidity with the bipolar disorder was analyzed, controlling for depression severity and analyzing the subsyndromic cases of the eating disorders. RESULTS – Differences related to all WHOQOL domains were found, except for the social relationships domain. The differences were detected in most domains even after control for depression. DISCUSSION – Comorbidity with eating disorders seems to have a significant impact on the quality of life of bipolar patients, even regarding the subsyndromic disorders.

Keywords: eating disorders, bipolar disorders, comorbidity , quality of life

## TABLES

Table I - Description of the clinical and demographic profile of the patients with bipolar disorder without comorbidity with eating disorder, with comorbidity with subsyndromic eating disorder and with comorbidity with full eating disorder.

Table II – Comparison of quality of life scores measured by WHOQOL between bipolar patients without comorbidity vs. those with comorbidity with eating disorder.

Table III – Comparison of quality of life scores adjusted for depression between bipolar patients without comorbidity vs. those with comorbidity with eating disorder.

Table IV – Comparison of the quality of life scores between bipolar patients without comorbidity vs. patients with comorbidity with subsyndromic eating disorder vs. patients with comorbidity with full eating disorder.

V - Comparison of the quality of life scores adjusted for depression between bipolar patients without comorbidity vs. patients with comorbidity with subsyndromic eating disorder vs. patients with comorbidity with full eating disorder

## INTRODUCTION

The concern about the concept of “quality of life” expresses a trend in the human and biological sciences in terms of enhancing aspects of life that are not restricted to the control or cure of diseases, but are also related to the maintenance of health in its global aspect (mental and physical health and general well-being).

The *quality of life* (QOL) is defined as “*individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*” (WHOQOL GROUP, 1994).

Several studies were performed with the purpose of studying the QOL in clinical diseases (Fortin et al, 2005), different stages of the life cycle (Trentini, 2005) and also psychiatric disorders (Berlim et al, 2003).

The impact of the Bipolar Mood Disorder (BMD) on several aspects of the individuals' lives and on their well-being has been often mentioned (Michalak et al, 2006), although there are few studies that evaluated the quality of life in bipolar patients either from the quantitative or the qualitative point of view. The studies performed up to this moment suggest that BMD is associated with impairment of functioning and well-being, even during a stable phase of the disease (Sierra et al, 2005).

Similarly, the negative impact of eating disorders on the QOL was verified (de La Rie et al, 2005) even regarding cases of partial eating disorders (Kitsantas et al, 2003). Individuals with eating disorders have a worse performance in Quality of Life scales if compared to the general population, and the QOL gets worse in the same proportion as the symptoms of the eating disorder become more severe (Padierna et al, 2002; Kitsantas et al, 2003). On the other hand, there are not any studies

comparing the QOL of patients with typical Eating Disorders (anorexia nervosa and bulimia) to the QOL of patients with subsyndromic cases of eating disorders.

The presence of psychiatric comorbidities seems to worsen patients' QOL when compared to the QOL of patients diagnosed with only one disorder (Singh et al, 2005). However, specifically regarding the effect of the comorbidity between the eating disorders and BMD on the QOL, no studies were found in the sources searched (Medline).

The objective of this study is to assess the quality of life of bipolar patients with and without comorbidity with eating disorders.

## METHODS

All patients with the diagnosis of BMD according to the SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) who were able to answer the self-assessment questionnaire (WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life Instrument-bref) were evaluated sequentially during one year in an outpatient clinic of a tertiary hospital in Porto Alegre - RS (outpatient clinic of Bipolar Mood Disorder of Hospital de Clínicas de Porto Alegre).

The research protocol comprised Written Consent, Demographic data record, SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) – eating disorders module, Hamilton Rating Scale for Depression, WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument). The instruments were administered by psychiatrists and senior medical students who were familiar with research in Psychiatry and trained to use the questionnaires.

The BMD diagnosis was established by SCID. The Eating Disorder diagnosis was established by MINI. All questions regarding the eating disorders module were

asked in opposition to what is proposed by the original syntax of MINI (the questionnaire administration was not interrupted when there was a negative answer as the original syntax of the instrument suggests). Therefore, in addition to anorexia nervosa and bulimia the “subsyndromic eating disorders” group was also included in this study. This group consists of all patients with eating disorders symptoms, but who cannot be included in any of the two diagnostic groups (anorexia nervosa or bulimia). The group of “subsyndromic” patients included patients with compulsive eating disorder in most cases and some patients with non-specific eating disorders. Therefore, in order to be analyzed, the sample was divided in three groups (BMD without comorbidity with eating disorder, BMD with comorbidity with “full” eating disorder (Anorexia and Bulimia) and BMD with comorbidity with “subsyndromic” eating disorder (patients who present symptoms of eating disorders, but do not meet criteria for “full” eating disorder).

### **STATISTICAL ANALYSIS**

The statistical analysis was performed using the statistical software SPSS version 13.0. The comparison of the means between two groups was carried out with Student’s T test after the normality test for distribution of data was performed. For the analysis of categorical variables the exact chi-square test was used with the Monte Carlo method due to the size of the sample. Traditional ANOVA and ANOVA based on the robust Welch statistics for non-homogeneous variances and different sample sizes were used with the Tamhane test of multiple comparisons for non-homogeneous variances. The scores were adjusted for depression severity through co-variance analysis.

## RESULTS

Ninety-five patients were evaluated during one year.

Table I shows the characteristics of the three groups of the sample. There was no difference among the groups regarding the distribution according to gender, age, schooling, marital status and Body Mass Index (BMI). The group who presented comorbidity with full eating disorders had significantly more depressed individuals than the other groups.

**TABLE I** – Description of the clinical and demographic profile of the patients with bipolar disorder without comorbidity with eating disorder, with comorbidity with subsyndromic eating disorder and with comorbidity with full eating disorder

<b>Sociodemographic and clinical variables</b>	<b>No comorbidity n = 72</b>	<b>Comorbidity subsyndromic cases n = 16</b>	<b>with Comorbidity full cases n = 7</b>	<b>P</b>
<b>Gender</b>				0.851*
<b>Male</b>	20(27.8%)	3(18.8%)	2(28.6%)	
<b>Female</b>	52(73.7%)	13(81.3%)	5(71.4%)	
<b>Age</b>	42.0(12.0)	38.2(13.4)	39.3(7.5)	0.466
<b>Schooling</b>	9.4(4.4)	11.1(3.6)	8.6(2.1)	0.274
<b>Marital status</b>				0.279*
<b>Married</b>	29(40.3%)	4(25.0%)	4(57.1%)	
<b>Separated</b>	13(18.1%)	5(31.3%)	3(42.9%)	
<b>Single</b>	22(30.6%)	6(37.5%)	0(0.0%)	
<b>Widower/Widow</b>	8(11.1%)	1(6.3%)	0(0.0%)	
<b>BMI<sup>1</sup></b>	27.5(5.3)	26.9(4.7)	26.3(6.2)	0.786
<b>HAM-D 17<sup>2</sup></b>	10.4(7.9)	11.0(5.2)	16.0(2.4)	0.001**

<sup>1</sup> Body Mass Index

<sup>2</sup> Hamilton Rating Scale for Depression 17 items

\* Exact chi-square tests were used with Monte Carlo method due to the size of the sample.

\*\* Based on the robust Welch statistics for non-homogeneous variances and different sample sizes.

Table II shows the comparison of the means of different domains of Quality of Life measured by WHOQOL between patients with comorbidity with Eating Disorder (full and subsyndromic cases) and the group without comorbidity. "Social



relationships” is the only domain where the Quality of Life does not present significantly lower scores.

**TABLE II** – Comparison of quality of life scores measured by WHOQOL of bipolar patients without comorbidity vs. those with comorbidity with eating disorder

	Physical	Psychological	Social Relationships	Environment	General
<b>With ED*</b> <b>n = 23</b> <b>M (SD)**</b>	41.5 (19.6)	40.1 (17.1)	43.9 (20.4)	43.5 (15.4)	48.3 (16.9)
<b>W/o ED</b> <b>n = 72</b> <b>M (SD)</b>	51.7 (19.0)	51.8 (20.2)	51.2 (23.4)	56.9 (14.7)	57.7 (19.7)
<b>P</b>	0.032	0.017	0.192	< 0.001	0.046

\*ED – Eating Disorder

\*\*M (SD) – Mean (standard deviation)

Table III shows the QOL scores adjusted for depression in both groups – with comorbidity (full and subsyndromic cases) and without comorbidity. In the “psychological” and “environment” domains the scores keep showing significant difference, and the “social relationships” domain still does not show significant difference between the groups. However, the physical domain, which had a significant difference without controlling for depression, showed no difference, even though the level of significance was slightly higher than the limit.

**TABLE III** – Comparison of quality of life scores adjusted for depression of bipolar patients without comorbidity vs. those with comorbidity with eating disorder

	<b>Physical</b>	<b>Psychological</b>	<b>Social relationships</b>	<b>Environment</b>	<b>General</b>
<b>With ED n = 23 M (SE)</b>	44.0 (3.5)	43.0 (3.4)	46.0 (4.6)	44.9 (3.0)	50.8 (3.5)
<b>W/o ED n = 72 M (SE)</b>	51.0 (2.0)	51.0 (1.9)	50.6 (2.6)	56.4 (1.7)	57.0 (1.9)
<b>P</b>	0.086	0.043	0.387	0.001	0.127

\*ED – Eating Disorder

\*\*M (SE) – Mean (standard error)

Table IV shows the quality of life scores of the three groups. The group without comorbidity presents higher scores (better QOL) than the other two groups that had some degree of comorbidity in the "psychological" and "environmental" domains. The two groups that present the comorbidity (full or subsyndromic) show no differences. The "subsyndromic" group tends to have intermediate scores if compared to the other two groups, except for the physical domain .

**TABLE IV** – Comparison of the quality of life scores of bipolar patients without comorbidity vs. patients with comorbidity with subsyndromic eating disorder vs. patients with comorbidity with full eating disorder.

Group	Domains				
	Physical	Psychological	Social	Environment	General
	<i>M (SD)**</i>	<i>M (SD)</i>	<b>Relationships</b> <i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<b>FULL</b> <b>n = 7</b>	39.3(21.4)a	33.3(11.5)	40.5(18.9)	39.3(11.7)	42.9(14.2)a
<b>SUBSYNDROMIC</b> <b>n = 16</b>	42.6(19.4)a	43.3(18.7)	45.6(21.6)	45.4(16.9)	50.8(18.0)a
<b>W/o ED*</b> <b>n = 73</b>	51.8(19.2)a	51.9(20.5)	51.3(23.7)	56.9(14.9)	57.8(20.0)a
<b>P</b>	0.095	0.032	0.382	0.001	0.091

1 means followed by the same letter are not statistically different at 5% NS.

\*ED = Eating disorder

\*\*M (SD) = Mean (standard deviation)

Table V shows the QOL scores of each one of the three groups adjusted for depression. In this analysis, the group without comorbidity presents higher scores only in the environment domain. The “subsyndromic” disorder group and “full” comorbidity group have more similar scores.

**Table V** – Comparison of the quality of life scores adjusted for depression of bipolar patients without comorbidity vs. patients with comorbidity with subsyndromic eating disorder vs. patients with comorbidity with full eating disorder

Group	Domains				
	Physical	Psychological	Social Relationships	Environment	General
	M (SE)**	M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)
<b>FULL</b> n = 7	46.5(6.4)a	41.7(6.1)a	46.7(8.3)a	43.5(5.3)a	50.3(6.3)a
<b>SUBSYNDROMIC</b> n = 16	42.8(4.3)a	43.6(4.1)a	45.7(5.5)a	45.6(3.6)a	51.0(4.2)a
<b>W/o ED*</b> n = 73	51.0(2.0)a	51.0(1.9)a	50.6(2.6)a	56.4(1.6) b	56.7(2.0)a
<b>P</b>	0.205	0.126	0.686	0.005	0.312

means followed by the same letter are not statistically different at 5% NS.

\*ED – Eating Disorder

\*\*M (SE) – Mean (standard error)

## DISCUSSION

The main finding of this study is that the comorbidity of Bipolar Mood Disorder with eating disorders is associated with worse Quality of Life in almost all domains measured by a generic instrument of Quality of Life.

Another finding suggests that the “subsyndromic” symptoms of the eating disorders seem to have a significant impact on the QOL, although the impact is lower than in cases of full Eating Disorders (anorexia nervosa and bulimia). Even when assessed separately, the group of patients with subsyndromic eating disorders showed a similar impact on the QOL as the group with full disorders. This finding

suggests that any degree of comorbidity with an eating disorder is enough to have an impact in the quality of life, which is a sign that this type of comorbidity should be further studied.

This second finding is inconclusive, probably due to the limitation caused by the sample size.

A third finding is that the presence of depressive symptoms is a potential confounder in this association between comorbidity with eating disorder and worse quality of life. However, the association is detected even when controlling for depression, at least in some domains of quality of life.

With regard to the first finding, it is worth mentioning that the social relationships domain of WHOQOL was present in all analyses without significant difference among the groups. At least two hypotheses could be proposed. One hypothesis is that this is a more fragile domain from the psychometric point of view, comprising only 3 items and with previous problems of discriminant validity in other analyses (Fleck et al, 2000). Another hypothesis would be that the interpersonal relationships in bipolar patients have already been affected by the Bipolar Disorder (Goswami et al, 2006) so that occasional comorbid diagnoses would not contribute to the deterioration of the performance in this domain. On the other hand, the Environment domain remained consistently different in the several analyses, opposing the bipolar disorder without comorbidity to its manifestations in comorbidity with the eating disorder. We did not find any apparent reason for this domain to have such a discriminant ability in this sample. An occasional confounder in this domain could be the socio-economical level variable, since it was not controlled. However, it is not possible, *a priori*, to assume that the sample would present a difference

regarding this variable, since all the subjects were selected at a public teaching hospital.

One possible explanation to the fact that the other domains (psychological and physical) did not present significant difference could be the sample size (Beta error). Since our hypothesis of comparison among the groups was *ad hoc*, as we did not expect to obtain such a high prevalence of subsyndromic eating disorders in bipolar patients, (Franco et al, article submitted), there are problems regarding the sample size, mainly in the group with full eating disorders. In order to estimate the effect of the sample size limitation, we estimated the impact of a possible increase in the sample size on the results (data not presented). We used the standard error of the sample that presented the larger "n" (group of bipolar patients without comorbidity with eating disorder) and applied this standard error to define confidence intervals for the means of all groups. With this strategy, we were able to observe a trend where only the social relationships domain remained non-significant for the first analysis of two groups (comorbidity vs. absence of comorbidity with ED). Using this same strategy in the analysis of the three groups (absence of comorbidity with ED vs. subsyndromic comorbidity vs. full comorbidity) the trend verified was that only the social relationships domain and the physical domain remained non-significant in the comparison between comorbidity with full ED and absence of comorbidity. The other domains (psychological and environment) reached the statistically significant difference.

This study has some limitations. First, the use of diagnostic instruments that are non-specific for eating disorders generates difficulties in identifying eating disorder cases. This is the reason why MINI was used so that the study could have a larger scope and, therefore, include partial and uncommon types of eating disorders.

Another limitation, the sample size, was a problem for other studies focused on the QOL of patients with BMD (Madhay et al, 2001) and has already been mentioned above. Researches performed with larger samples might be more conclusive, allowing for a better understanding of the influence of the comorbidity with eating disorders in the Quality of life of bipolar individuals.

A third limitation is related to the external validity of these findings. Since the individuals were selected at a tertiary hospital, the sample comprises more severe cases and, possibly, the prevalence of comorbidity is overrated.

Finally, the absence of control for the other comorbid psychiatric disorders and their impact on the QOL also can interfere with the findings of this study, although it should not be assumed that the comorbidity with eating disorders is associated with a higher comorbidity with other disorders in bipolar patients.

Although our findings are still preliminary, they suggest that the comorbid eating disorders, even in their "subsyndromic" type, are associated with worse quality of life in bipolar patients.

Further studies with larger samples and individuals who come from the community and from primary health care services are necessary so that it is possible to estimate the real role played by the eating disorders in the quality of life of bipolar patients.

## REFERENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>a</sup> ed. Washington DC : American Psychiatric Association, 1994.

BERLIM MT, MATTEVI BS, FLECK MPA. Depression and quality of life among depressed Brazilian outpatients. **Psychiatr Serv** 2003;54(2):254.

BUESCHING, DON P ; NAMJOSHI, MADHAV A. e.. A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorder. **Quality of life research**. 2001 Vol 10, nº2 – pag. 105-115.

DE LA RIE SM , G. NOORDENBOS & EF VAN FURTH. Quality of Life and eating Disorders. **Quality of life research** (2005) 14:1511-1522.

DEL-BEM CM; VILELA JA; CRIPPA JA; HALLAK JE; LABATE CM; ZUARDI A. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – Versão Clínica” traduzida para o português. **Rev. Bras. Psiquiatr** 2001, 23(3), p.156-9.

DOLL HA; PETERSEN SE; STEWART-BROWN SL. Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. **Qual Life Res**; 14(3):705-17, 2005 Apr.

FLECK MPA, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L, PINZON V. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. **Rev Saude Publica** 2000;34(2):178-83.

FORTIN M; BRAVO G; HUDON C; LAPOINTE L. ALMIRALL J; DUBOIS MF; VANASSE A (2006) Relationship Between Multimorbidity and Health-Related Quality of Life of Patients in Primary Care. *Quality of Life Research*, v. 15, n. 1, p. 83-91

GOLDBERG JF; HARROW M Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. **J Affect Disord**; 89(1-3):79-89, 2005 dec.

GOSWAMI U, SHARMA A, KHASTIGIR U, FERRIER IN, YOUNG AH, GALLAGHER P, THOMPSON JM, MOORE PB. (2006) Neuropsychological dysfunction, soft neurological signs and social disability in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 188:366-373.

HAMILTON, M. – A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23:56-62,1960.

KITSANTAS A; GILLIGAN TD; KAMATA A. College women with eating disorders: self-regulation, life satisfaction, and positive/negative affect. **J Psychol**, 137(4):381-95, 2003 Jul.



MICHALAK E.; LAKSHMIN Y. ; KOLESAR S; LAM R. Bipolar Disorder and Quality of life: a patient-centered perspective. **Quality of life research**. Febr 2006. Vol 15-nº1. Pages 25-37

PADIERNA A; QUINTANA JM; AROSTEGUI I; GONZALEZ N; HORCAJO MJ. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. **Qual Life Res**; 11 (6):545-52, 2002 sept.

SHEEHAN DV; LECRUBIER Y; SHEEHAN H; AMORIM P; JANAVS J; WEILLER E; HERGUETA T; BAKER R; DUNBAR GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry** 1998, 59 (suppl 20), p. 22-57.

SIERRA P, LIVIANOS L, ROJO L. Quality of Life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. **Bipolar disord** 2005; 7: 159-165.

SINGH J, MATTOO SK, SHARAN P, BASU D. Quality of Life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. **Bipolar Disord** 2005; 7, p.187-191.

SPITZER RL; WILLIAMS JB; GIBBON M; FIRST MB. The Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID). **Arch Gen Psychiatry** – vol 49, aug 1992.

The WHOQOL group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref Quality of Life Assessment. **Psychol Med** 1998; 28:551-558.

TRENTINI, CM. *Qualidade de vida em Idosos. 2004.224 f. Tese (Doutorado)* Autor principal Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas : Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2004. Nota resumo

WOODSIDE DB; GARFINKEL PE; LIN E; GOERING P; KAPLAN AS; GOLDBLOOM DS; KENNEDY SH. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. **Am J Psychiatry**. 158(4):570-4, 2001 Apr.

## CONCLUSÕES

A presente dissertação teve como objetivos principais a verificação da prevalência de Transtornos Alimentares em um grupo de pacientes em tratamento para Transtorno de Humor Bipolar e a comparação da Qualidade de Vida entre os dois grupos (com e sem a comorbidade).

As hipóteses iniciais foram de que haveria uma maior prevalência de Transtornos Alimentares nesta amostra em relação à população geral. Outra hipótese inicial foi de que haveria diferenças de Qualidade de Vida entre os dois grupos assim formados – com ou sem a comorbidade com Transtornos Alimentares.

Avaliados 95 pacientes, realizados estudos estatísticos e comparados os grupos, chegamos a algumas conclusões. Primeiramente, obtivemos uma prevalência de transtornos alimentares na amostra superior à prevalência na população geral, esta relatada na literatura. Esta maior prevalência ocorre em grande parte às custas de transtornos alimentares não referidos nos instrumentos diagnósticos, ou seja, transtornos subsindrômicos ou atípicos. Desta forma, evidenciou-se a importância de uma investigação de sintomas alimentares neste grupo de pacientes.

Neste sentido, concluiu-se também que o emprego de instrumentos diagnósticos pode ser útil no sentido de organizar a investigação. Por outro lado, a limitação dos diagnósticos àqueles contemplados pelo instrumento exclui quadros subsindrômicos ou atípicos, que influem de forma não desprezível no prognóstico e tratamento. Especialmente nos casos em que são utilizados instrumentos genéricos – como o SCID e o MINI – a identificação de alguns transtornos pode ser comprometida.

Na tentativa de minimizar esta limitação dos instrumentos, uma alternativa que poderia ser tentada no esclarecimento diagnóstico seria a complementação através de entrevista clínica. É possível que, especialmente em relação aos TA, pudessem assim ser identificados quadros que apresentam graus variados de intensidade. A entrevista clínica, uma vez que utiliza a compreensão do investigador na elaboração diagnóstica, é mais rica no sentido de identificar quais os aspectos que constituem de fato sintomas ou que seriam não mais do que características individuais. A inclusão de transtornos não contemplados pelos instrumentos diagnósticos parece fundamental, e a utilização do MINI como ponto de partida para o questionamento clínico mostrou-se extremamente útil. Contudo, não é conveniente que se ignore o papel da avaliação clínica criteriosa em todas as situações de esclarecimento diagnóstico.

O enfoque clínico e a abordagem do paciente realizada de maneira global possibilitam que sejam mais investigadas as comorbidades. A procura de atendimento em função de algum sintoma específico não deveria limitar a investigação realizada de forma a serem ignorados outros sintomas não relacionados pelo paciente. Não é raro que o sintoma que motiva a busca de atendimento, mais exuberante no momento da avaliação, muitas vezes ofusque eventuais transtornos comórbidos, relacionados ou não ao motivo principal da procura. Pode ocorrer também que a manifestação de alguma queixa, quando adequadamente investigada, torne evidente um transtorno completo até então não referido.

Tanto em relação aos Transtornos Alimentares quanto ao Transtorno de Humor Bipolar, aspectos relativos à gravidade do quadro exercem também influência sobre o esclarecimento diagnóstico. Alguns estudos mais recentes que apontam

graus variados de gravidade, principalmente no THB, chegam a definir um *continuum* dentro do qual o transtorno estaria colocado. Quanto aos transtornos alimentares, é relativamente recente a inclusão de quadros incompletos em categorias diagnósticas. A questão que se impõe é a partir de que momento as variações do comportamento passam a constituir transtornos. Há uma tendência atual à “hipermedicalização” das variações individuais, o que acarreta um risco de que os indivíduos sejam submetidos a tratamentos medicamentosos, estes sempre acompanhados de parafefeitos em algum grau, quando apresentam pequenas diferenças em relação à média. Assim, a importância de que sejam diagnosticados transtornos existentes não deveria estar sobreposta à igualmente importante tarefa de identificarem-se variações da normalidade.

No que se refere aos transtornos alimentares, esta é uma questão que nos últimos anos tem sido mais enfatizada, uma vez que tem havido uma maior valorização da aparência e magreza. Os padrões estéticos chamam grande parte da população às dietas, de forma a desrespeitar variações individuais da forma física. Assim, a tarefa de identificar os transtornos alimentares quando eles estão presentes torna-se tão importante quanto abordar condutas equivocadas na busca de um padrão de beleza pré-estabelecido, condutas estas que não obrigatoriamente enquadram o indivíduo dentro de uma categoria diagnóstica.

Da mesma forma que o tratamento dos transtornos alimentares deve se seguir a um diagnóstico específico, a indicação de medicação estabilizadora de humor necessita critérios claros, já que estes são fármacos que, como muitos outros, apresentam efeitos colaterais definidos. Um destes efeitos é o ganho de peso. Explicações para tal sintoma têm sido buscadas, e várias são as hipóteses envolvidas, desde uma mudança na preferência alimentar, com maior ingestão de

carboidratos, até a diminuição da motivação para atividade física. É possível, porém, que o motivo de ganho de peso seja a co-ocorrência de um transtorno alimentar – especificamente a ocorrência de compulsão que preenche ou não todos os critérios para transtorno da compulsão alimentar periódica.

Sabidamente, o ganho de peso e a obesidade são fatores de risco para os TA; porém, apesar de muitos pacientes ganharem peso, nem todos desenvolvem um transtorno alimentar. Por outro lado, alguns pacientes podem desenvolver bulimia concomitantemente ao uso de estabilizadores do humor sem um ganho de peso evidente e não relatar sintomas alimentares não investigados. A questão para investigações adicionais é se estas medicações desencadeiam um TA ou se seriam estes indivíduos predispostos a desenvolver o transtorno, principalmente TCC ou, ainda, se o transtorno ocorreria caso não houvesse o ganho de peso causado pela medicação. Qualquer destas alternativas encaminha para uma melhor investigação diagnóstica e detecção da comorbidade, no sentido de proporcionar tratamento e prognóstico melhores aos pacientes.

Por todos estes motivos, os instrumentos diagnósticos necessitariam maior sensibilidade e especificidade na detecção dos transtornos alimentares. Ao mesmo tempo, sua reformulação e complementação poderia auxiliar o clínico a identificar o transtorno que não preenche todos os critérios diagnósticos para anorexia nervosa ou bulimia. A utilização de entrevistas estruturadas associadas a uma avaliação clínica criteriosa e atenta parece o meio de esclarecimento diagnóstico mais fidedigno no momento atual.

Todas as medidas no sentido de esclarecimento diagnóstico justificam-se, também, pelo fato de que a Qualidade de Vida dos pacientes que apresentam comorbidade de THB com TA mostrou-se, neste estudo, significativamente pior do

que a QV daqueles pacientes que apresentam apenas o THB. Isto ocorreu mesmo quando o quadro alimentar mostrou-se atípico ou subsindrômico.

É sabido que o envolvimento dos pacientes que apresentam transtornos alimentares em questões referentes à auto-imagem prejudica seu desempenho global, e que o sofrimento que o transtorno lhes impõe compromete de forma importante seu bem-estar. Mesmo quando os sintomas são parciais, os surtos de compulsão alimentar, a culpa que se segue e a incapacidade de manter o controle incrementam a baixa auto-estima destes indivíduos. A confirmação de que há um prejuízo da QV nos casos em que há comorbidade é mais uma das motivações para que mais pesquisas sejam feitas na área das comorbidades entre THB e TA e na QV nos TAs.

Os achados desta pesquisa acrescentam dados importantes ao estudo das comorbidades psiquiátricas. Especificamente quanto à comorbidade entre THB e TA, há poucos estudos, e também pouco se tem discutido a respeito da QV nestes casos. Conclui-se pela importância do tema, uma vez que os achados mostram ser um aspecto relevante no atendimento a pacientes e também na pesquisa. À medida em que mais pesquisas forem realizadas na área, aspectos ainda não contemplados desta comorbidade e de sua repercussão clínica e individual poderão ser melhor esclarecidos.

## ANEXO A

### Escala de Hamilton – Depressão

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

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

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

#### **2. SENTIMENTOS DE CULPA**

- 0. Ausente
- 1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.
- 2. Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações.
- 3. A doença atual é um castigo.
- 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

#### **3. SUICÍDIO**

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

#### **4. INSÔNIA INICIAL**

- 0. Sem dificuldades para conciliar o sono.
- 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
- 2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

#### **5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA**

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

#### **6. INSÔNIA TARDIA**

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

#### **7. TRABALHO E ATIVIDADES**

0. Sem dificuldades.

1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.

2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).

3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

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

0. Pensamento e fala normais.

1. Leve retardo à entrevista.

2. Retardo óbvio à entrevista.

3. Entrevista difícil.

4. Estupor completo.

### **9. AGITAÇÃO**

0. Nenhuma.

1. Inquietude.

2. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.

3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.

4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

### **10. ANSIEDADE PSÍQUICA**

0. Sem dificuldade.

1. Tensão e irritabilidade subjetivas.

2. Preocupação com trivialidades.

3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.

4. Medos expressos sem serem inquiridos.

### **11. ANSIEDADE SOMÁTICA**

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

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

Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Freqüência urinária; Sudorese

0. Ausente :

1. Leve

2. Moderada

3. Grave



4. Incapacitante

## **12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS**

0. Nenhum

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

2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

## **13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL**

0. Nenhum

1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias.

Perda de energia e cansaço.

2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

## **14. SINTOMAS GENITAIS**

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0. Ausentes

1. Leves

2. Intensos

## **15. HIPOCONDRIA**

0. Ausente

1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2. Preocupação com a saúde

3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.

4. Idéias delirantes hipocondríacas.

## **16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)**

A - Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso.

1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.

2. Perda de peso definida ( de acordo com o paciente)

3. Não avaliada.

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

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.

1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.

2. Mais de 1 Kg de perda por semana.

3. Não avaliada.

## **17. CONSCIÊNCIA**

0. Reconhece que está deprimido e doente.

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2. Nega estar doente.

## **18. VARIAÇÃO DIURNA**

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

- 0. Nenhuma
- 1. Pior de manhã.
- 2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

- 0. Nenhuma.
- 1. Leve
- 2. Grave

**NOTA:** Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

### **19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE**

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

- 0. Ausente
- 1. Leve.
- 2. Moderadas..
- 3. Graves.
- 4. Incapacitantes.

### **20. SINTOMAS PARANÓIDES**

- 0. Nenhum.
- 1. Desconfiança.
- 2. Idéias de referência.
- 3. Delírio de referência e perseguição.

### **21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS**

- 0. Nenhum.
- 1. Leves.
- 2. Graves.

**SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)**

**CONTAGEM TOTAL: \_\_\_\_ (0-62)**

## ANEXO B

## WHOQOL-BREF

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
<b>Você recebe dos outros o apoio de que necessita?</b>	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	ruim	nem boa	ruim nem	boa	muito boa
	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito insatisfeito	nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	

As questões seguintes são sobre o quanto voc  
tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	Extrema- mente
	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	
	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	
	O Quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	
	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	
	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	
	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	
	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
0	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
1	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
2	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
3	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
4	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
5	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisf	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
6	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
7	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
8	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
9	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
0	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
1	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
2	Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5

	o apoio que você recebe de seus amigos?					
3	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
4	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
5	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
6	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE DADOS DEMOGRÁFICOS

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO