

Comportamento alimentar em doentes bipolares do sexo feminino – estudo comparativo com grupo de controlo

Joana Alexandre, Raquel Ribeiro¹

Ricardo Ginestal²

Graça Cardoso³

Resumo

Os doentes bipolares apresentam frequentemente perturbações do comportamento alimentar, que podem ser consideradas como comorbilidade da doença afectiva. O presente estudo teve como objectivo verificar se a existência de sintomas de perturbação do comportamento alimentar na doença bipolar é devida a factores específicos ou a factores inespecíficos relacionados com a doença bipolar. A trinta doentes do sexo feminino, com o diagnóstico clínico de doença bipolar (casos), e a dez doentes do sexo feminino com o diagnóstico de esclerose múltipla (controlos) foi aplicado o questionário EAT 26 e recolhidos dados demográficos e clínicos. Foram escolhidas para controlo doentes com esclerose múltipla devido a algumas semelhanças com a doença bipolar. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre a pontuação do EAT das doentes bipolares e das doentes com esclerose múltipla, com as doentes bipolares a apresentarem uma média muito superior às doentes com EM. Não houve relação estatisticamente significativa entre a pontuação do EAT das doentes bipolares e variáveis demográficas e clínicas dessas mesmas doentes. O facto de a pontuação do EAT, que tem alta especificidade e sensibilidade para a presença de perturbação do comportamento alimentar, ser significativamente superior nas doentes bipolares pode significar que a perturbação do comportamento alimentar é devida a factores específicos de doença bipolar, e não a factores inespecíficos associados ao facto de se ter uma doença crónica.

Palavras-chave: doença bipolar, esclerose múltipla, DCA.

Abstract

Eating attitudes in bipolar women – a comparative study

Eating disorders are very frequent in bipolar patients, and are considered co morbidity of their affective disorder. The present study aims to establish if the eating disorders in bipolar patients are due to specific factors unique to bipolar disorder or not. The questionnaire EAT 26 was applied to thirty bipolar female patients and to ten multiple sclerosis female patients (controls), demographic and clinical data was also collected. Multiple sclerosis patients were chosen for controls because their disease has many similarities with bipolar disorder. There was a statistically significant difference between the EAT scores of bipolar and MS patients, with bipolar patients having much higher scores. There was no statistical correlation between EAT scores and clinical and demographical characteristics of bipolar patients. As positive EAT scores are good indicators of eating disorders, we conclude that the presence of eating disorders in bipolar disorder is due to specific factors, and not to factors related to having a chronic disorder.

Keywords: bipolar disorder, multiple sclerosis, eating disorders.

INTRODUÇÃO

Os doentes bipolares apresentam frequentemente perturbações do comportamento alimentar (PCA), que podem ser consideradas como comorbilidade da doença afectiva. A co-ocorrência de perturbações do comportamento alimentar e doença bipolar é uma área relativamente pouco estudada, apesar de ter uma grande importância clínica e de poder ter muitas implicações terapêuticas. Há uma grande semelhança entre as duas condições relativamente à clínica, curso da doença, comorbilidades mais frequentes, história familiar e resposta à terapêutica (McElroy *et al*, 2005). As semelhanças são mais aparentes se nos focalizarmos nos espectros alargados de ambas as condições, e não apenas nas suas manifestações clássicas. Há várias teorias que podem explicar a co-ocorrência de perturbações do comportamento alimentar e perturbação bipolar. Nos períodos de descompensação da doença bipolar pode haver maior impulsividade, que favorece o descontrole alimentar – Perugi e Akiskal (2002) procuraram relacionar a instabilidade do humor presente nos doentes do espectro bipolar com um padrão complexo de perturbações do impulso, que inclui as perturbações do comportamento alimentar. Também os fármacos utilizados na doença bipolar interferem com os mecanismos de regulação da fome e da

saciedade (Ramacciotti *et al*, 2005) – alguns aumentam o apetite, como os antipsicóticos atípicos, o valproato, a carbamazepina, o lítio; outros diminuem-no – como alguns SSRIs e o topiramato. Poderá também haver uma possível vulnerabilidade genética partilhada entre as duas condições – alguns estudos demonstraram que há uma agregação familiar de perturbações do comportamento alimentar e perturbações afectivas como a doença bipolar (Mangweth *et al*, 2003; Hudson *et al*, 1983). Geralmente, o início da doença bipolar precede o início da perturbação do comportamento alimentar (Ramacciotti *et al*, 2005).

Apesar da extensa investigação em cada uma das áreas, há relativamente poucos estudos que abrangem as duas patologias. Nos estudos existentes, encontra-se geralmente um aumento da prevalência de doença bipolar em doentes com PCA e vice-versa. A relação é particularmente significativa no caso da bulimia nervosa e da doença bipolar tipo II (McElroy *et al*, 2005; Mury *et al*, 1995). Os estudos existentes apresentam taxas de prevalência muito distintas, já que utilizam critérios diferentes – populações de doentes vs comunidade em geral, definições estritas de doença vs espectros alargados, adolescentes vs adultos, sexo feminino vs ambos os sexos. No entanto, e de forma aproximada, as taxas descritas para a prevalência de bulimia nervosa em doentes bipolares variam entre 2,3 e



7,3%; para a *binge eating disorder* entre 8,6 e 13,1 %; para a anorexia nervosa entre 2,0 e 2,4% e para qualquer tipo de perturbação do comportamento alimentar entre 5,9 e 15%. Estes valores são significativamente mais altos que os da população em geral. A prevalência de doença bipolar em doentes com perturbação do comportamento alimentar, varia entre 2,3 e 63,6 % – a grande variabilidade deve-se aos tipos diferentes de estudos (diferentes critérios de doença, doentes internados vs doentes da consulta, etc..) (McElroy et al, 2005). Em qualquer dos critérios utilizados, a prevalência de PCA é sempre maior em doentes do sexo feminino.

OBJECTIVOS

Verificar se a existência de sintomas de perturbação do comportamento alimentar na doença bipolar é devido a factores específicos da doença bipolar (impulsividade, factores genéticos partilhados, etc.) ou a factores inespecíficos (medicação, stress de ter uma doença crónica, etc.)

Relacionar a presença de perturbação do comportamento alimentar em doentes bipolares com variáveis relacionadas com a doença – medicação, idade de início da doença, tipo de doença.

MÉTODOS

AMOSTRA

O estudo decorreu entre Julho e Outubro de 2006. Durante este período foram seleccionadas trinta doentes consecutivas do sexo feminino, com o diagnóstico clínico de doença bipolar (de acordo com os critérios CID 10), acompanhadas na consulta de psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, equipa de Queluz, pelas duas primeiras autoras. O grupo de controlo foi constituído por dez doentes consecutivas com o diagnóstico de esclerose múltipla, do sexo feminino, acompanhadas na consulta de neurologia do Hospital Fernando Fonseca, pelo terceiro autor.

Foram escolhidas para controlo doentes com esclerose múltipla devido a algumas semelhanças com a doença bipolar – é uma doença crónica, que geralmente evolui por surtos, com períodos de incapacidade marcada, em que muitos dos fármacos utilizados podem interferir com o apetite.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas doentes com perturbações orgânicas cerebrais, com doenças endócrinas, doenças gastrointestinais crónicas ou diabetes. No grupo de doentes com esclerose múltipla, foram também excluídas doentes com o diagnóstico de doença bipolar e/ou que tenham feito estabilizadores do humor ou antipsicóticos atípicos.

INSTRUMENTOS

Foi aplicado o questionário EAT 26 (*Eating Attitude Disorders*) às doentes bipolares e às doentes com esclerose múltipla. O questionário EAT foi desenvolvido por Garner e Garfinkel em 1979 (Garner e Garfinkel, 1979), é auto-administrado, e avalia sintomas de perturbação do comportamento alimentar (PCA) (embora tenha sido inicialmente criado para avaliar sintomas de anorexia nervosa, provou-se que é útil para qualquer PCA (Koslowsky et al, 1992). É um questionário com boa validade e com razoável especificidade e sensibilidade (Garfinkel e Newman, 2001), em que valores acima de um determinado limiar (pontuação acima de 20) são sugestivos de sintomas, mas não fazem necessariamente o diagnóstico entre as diversas perturbações (Mintz e O'Halloran, 2000) – é um questionário adequado para uma fase inicial de rastreio. Foi demonstrado que acima do ponto de corte do questionário, a probabilidade de haver uma perturbação do comportamento alimentar segundo critérios DSM IV é alta (sensibilidade de 77% e especificidade de 94%). A versão inicial é composta por 40 itens, mais tarde foram desenvolvidas versões reduzidas de 26 (Garner et al, 1982) e de 12 itens (Lavik et al, 1991). Os principais componentes avaliados pela escala são as dietas, o comportamento bulímico e o controle da ingestão de alimentos (Engelsen e Hagtvét, 1999). Foi adaptado a várias culturas, a versão em português foi adaptada no Brasil (Nunes et al, 1994).

Foram também recolhidos dados demográficos e clínicos das doentes – idade, escolaridade, tempo de duração da doença, duração dos internamentos hospitalares. Para as doentes bipolares foram também recolhidos dados sobre o tipo de medicação e tipo de doença bipolar (segundo classificação de

Akiskal e Pinto – de Bipolar I a Bipolar IV) (Akiskal e Pinto, 1999).

Os dados foram analisados estatisticamente utilizando o programa SPSS (v13.0).

RESULTADOS

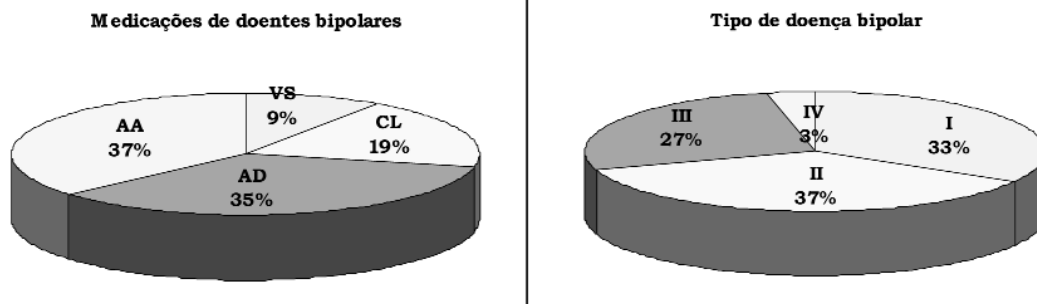
As características demográficas e clínicas avaliadas nas doentes bipolares e doentes com esclerose múltipla estão resumidas na Tabela I.

Quanto a terapêuticas anteriores das doentes bipolares, 23% tinham sido medicadas com valproato de sódio, 47% com carbonato de lítio, 87% com antidepressivos e 90% com antipsicóticos atípicos. Segundo a classificação de Akiskal e Pinto, 30% das doentes tinham uma doença bipolar tipo I, 37% uma doença bipolar tipo II, 27% uma doença bipolar tipo III e 6% uma doença bipolar tipo IV. (Gráficos 1 e 2) Relacionando variáveis clínicas e demográficas

Tabela I – Comparação estatística entre variáveis demográficas e pontuação do EAT em doentes bipolares e doentes com EM

	Doentes bipolares (n=30)	Doentes com EM (n=10)	Teste t Student ou χ^2	p
Idade – média x (desvio padrão s)	40,2 (11,7)	39,7 (9,3)	t-0,115	NS
Anos de escolaridade – x(s)	10,7 (3,9)	10,4 (2,5)	t-0,226	NS
Anos de doença – x(s)	10,8 (8,7)	7,2 (3,5)	t-1,83	NS
Internamentos prévios %	53	60	χ^2 -0,135	NS
Pontuação do EAT 26 – x(s)	16,4 (10,7)	5,9 (7,8)	t-2,851	<0.05
EAT 26>20 (ponto de corte) %	37	10	χ^2 -2,54	NS

Gráficos 1 e 2 – Medicções de doentes bipolares e tipo de doença bipolar



Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as doentes bipolares e as doentes com esclerose múltipla (usando o teste t de Student) na idade (t-0,115; p>0,05), anos de escolaridade (t-0,226; p>0,05) e número de anos de doença (t-1,83; p>0,05). Na percentagem de internamentos prévios devido à doença também não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, usando o teste do χ^2 (χ^2 - 0,135, p>0,05). A diferença de pontuações do EAT obtida pelos dois grupos de doentes é estatisticamente significativa, usando o teste t de Student (t – 2,851, p<0,05).

da doença bipolar com as pontuações obtidas no questionário EAT 26, não houve correlação estatisticamente significativa entre a pontuação do EAT e as variáveis idade (r – 0,013; p>0,05), anos de escolaridade (r – 0,237; p>0,05) e duração da doença (r – 0,294; p>0,05). Também não houve relação estatisticamente significativa entre a presença de pontuação positiva do EAT (acima do ponto de corte) e as variáveis internamento hospitalar prévio (χ^2 – 0,01; p>0,05) medicação com carbonato de lítio (χ^2 – 2,01; p>0,05), com valproato de sódio (χ^2 – 0,258; p>0,05), com antidepressivos (χ^2 – 0,271;



$p > 0,05$), com antipsicóticos atípicos ($\chi^2 = 1,93$; $p > 0,05$); nem com o tipo de doença bipolar ($\chi^2 = 2,75$; $p > 0,05$). (Tabela 2)

encontrada em estudos anteriores feitos em doentes bipolares (que citam números entre os 6 e os 15% para doentes de ambos os sexos).

Tabela 2 – Relação estatística entre a pontuação do EAT 26 e variáveis clínicas e demográficas de doentes bipolares

	Coefficiente de Pearson ou χ^2	p
Idade	r-0,013	NS
Anos de Escolaridade	r- -0,237	NS
Duração da doença	r-0,294	NS
Internamentos prévios	χ^2 -0,01	NS
Medicação com lítio	χ^2 -2,01	NS
Medicação com antidepressivos	χ^2 -0,271	NS
Medicação com valproato de sódio	χ^2 -0,258	NS
Medicação com antipsicóticos atípicos	χ^2 -1,93	NS
Tipo de doença bipolar (I a IV)	χ^2 -2,75	NS

DISCUSSÃO

As duas amostras são estatisticamente comparáveis nas características demográficas e clínicas estudadas – idade, número de anos de escolaridade, número de anos de doença, existência de hospitalizações anteriores devidas à doença. A média da pontuação do EAT 26 apresenta uma diferença estatisticamente significativa entre as doentes bipolares e as doentes com esclerose múltipla, que poderemos atribuir a factores específicos da doença bipolar, e não a factores inespecíficos, que seriam comuns às doentes com esclerose múltipla – o stress devido ao facto de se ter uma doença crónica, que evolui geralmente por crises, que requer medicações que podem interferir com o apetite, e que pode necessitar de períodos de internamento hospitalar.

A percentagem de doentes bipolares com pontuações positivas do EAT 26 foi muito alta – 37% (mais de um terço das doentes). Sabendo que o EAT é um teste com alta especificidade e sensibilidade (77% e 94%) para detectar perturbações do comportamento alimentar segundo critérios da DSM IV, podemos inferir que a prevalência de doenças do comportamento alimentar seria muito alta nesta amostra, e provavelmente mais alta que a

Num estudo feito no Canadá em 343 pessoas sem qualquer patologia (Johnson e Bedford, 2004), a pontuação média das mulheres entre os 18 e os 34 anos foi de 10,6 (em que 19,2% apresentavam pontuações acima do ponto de corte) e em mulheres dos 35 aos 64 anos foi de 8 (com 8,2% acima do ponto de corte). Estes valores são significativamente mais baixos que os obtidos neste estudo para as doentes bipolares. Em todos os estudos disponíveis na base de pesquisa MEDLINE em que o EAT foi aplicado a mulheres (Johnson e Bedford, 2004; Klawe *et al*, 2003; Makino *et al*, 2006; Hoerr *et al*, 2002; Makino, Hashizume *et al*, 2006; 2004; *et al*, 1996; Jonat e 2004; *et al*, 2005), o valor mais alto para percentagem de doentes com pontuação acima do ponto de corte foi de 20,3% (em adolescentes gregas), valor mesmo assim muito inferior ao obtido neste estudo (37%).

Seria importante, num estudo posterior, avaliar com um questionário estruturado a presença de doenças do comportamento alimentar nas doentes com pontuações do EAT 26 acima do ponto de corte, tal como seria interessante fazer este mesmo estudo em doentes do sexo masculino, para verificar se os resultados se manteriam.

Este estudo apresenta algumas limitações – a

versão do EAT 26 foi validada em português, mas na população brasileira. Foi por isso necessário mudar os tempos verbais de duas questões para ficarem mais adequadas ao português (“Me sinto” foi modificado para “Sinto-me”). O teste não foi, no entanto, validado na população portuguesa, que é diferente da brasileira em muitos aspectos.

CONCLUSÕES

- A existência de perturbações do comportamento alimentar em doentes bipolares parece ser devida a factores específicos da doença, e não a factores inespecíficos, comuns às doentes com esclerose múltipla (stress devido ao facto de se ter uma doença crónica, medicações que podem interferir com o apetite).
- Há provavelmente uma alta prevalência de

perturbações do comportamento alimentar segundo critérios da DSM IV nesta amostra – mais de um terço das doentes têm pontuações positivas no EAT 26 (um teste com alta especificidade e sensibilidade para perturbações do comportamento alimentar)

- Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a pontuação do EAT 26 em doentes bipolares e as variáveis demográficas e clínicas estudadas – idade, escolaridade, duração da doença, hospitalizações prévias, tipo de medicação, tipo de doença bipolar. O presente estudo não nos permite concluir sobre quais os factores específicos da doença bipolar que contribuem para a presença de perturbações do comportamento alimentar, seria útil realizar mais estudos nesta área.

Referências

- Akiskal, H. & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. *Psychiatr Clin North Am.*, 22(3):517-534
- Buddeberg-Fischer, B., Berner, R., Sieber, M., Schmid, J. & Buddeberg, C. (1996). Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14- to 19-year-old Swiss students. *Apr.*, 93(4):296-304.
- Engelsen, BK. & Hagtvet, KA. (1999). The dimensionality of the 12-item version of the Eating Attitudes Test. Confirmatory Analysis. *Scandinavian Journal of Psychology.* 40:293-300
- Garfinkel, PE. & Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating and Weight Disorders.* Vol 6(1):1-24.
- Garner, DM. & Garfinkel, PE. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 9:273-279
- Garner, DM., Olmsted, MP., Bohr, Y. & Garfinkel, PE. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine.* Vol 12(4):871-878.
- Hoerr, SL., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T. & Keast DR. (2002). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *J Am Coll Nutr.* Aug 21(4):307-14.
- Hudson, JJ., Pope, HG., Jonas, JM. & Yurgelun-Todd, D. (1983). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry.* 142:133-8.
- Johnson, CS. & Bedford, J. (2004). Eating attitudes across age and gender groups: a Canadian study. *Eat Weight Disord.* 9(1):16-23.
- Jonat, LM. & . (2004). Disordered eating attitudes and behaviours in the high-school students of a rural Canadian community. 9(4):285-9.
- Klawe, JJ., Szady-Grad, M., Drzewiecka, B. & Tafil-Klawe, M. (2003). Eating disorders among students of the Medical University in Bydgoszcz. *Przegl Lek.* 60 Suppl 6:40-2.
- Koslow, M. et al. (1992). The factor structure and criterion validity of the short form of the Eating Attitudes Test. *Journal of Personality Assessment.* 58(1):27-35

- Lavik, NJ., Clausen, SE. & Pedersen, W. (1991). Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. *84(4):387-90.*
- Makino, M., Hashizume, M., Tsuboi, K., Yasushi, M. & Dennerstein, L. (2006). Comparative study of attitudes to eating between male and female students in the People's Republic of China. *Eat Weight Disord. 11(3):111-7.*
- Makino, M., Hashizume, M., Yasushi, M., Tsuboi, K. & Dennerstein, L. (2006). Factors associated with abnormal eating attitudes among female college students in Japan. *Arch Womens Ment Health. 9(4):203-8.*
- Mangweth, B., Hudson, JI., Pope, HG., Hausmann, A., De Col, C., Laird, NM., Beibl, W. & Tsuang, MT. (2003). Family study of the aggregation of eating disorders and mood disorders. *Psychol Med. 33(7):1319-23.*
- McElroy, SL., Kotwal, R., Keck, PE. & Akiskal, HS. (2005). Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord. 86(2-3):107-27.*
- Mintz, LB. & O'Halloran, MS. (2000). The Eating Attitudes Test – validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment. 74(3):489-503.*
- Mury, M., Verdoux, H. & Bourgeois, M. (1995). Comorbidity of bipolar and eating disorders. Epidemiologic and therapeutic aspects. *Encephale. 21(5):545-53.*
- Nunes, MA., Bagatini, LF., Abuchaim, AL. & Kunz, A. (1994). Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL. Vol 16(1):7-10.*
- Perugi, G. & Akiskal, HS. (2002). The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am. 25(4):713-37.*
- Ramacciotti, CE., Paoli, RA., Marcacci, G., Piccinni, A., Burgalassi, A., Dell'osso, L. & Garfinkel, PE. (2005). Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders. *Psychiatry Res. 135(2):165-70.*
- Stein, D., Zemishlani, C., Shahal, B. & Barak, Y. (2005). Disordered eating in elderly female patients diagnosed with chronic schizophrenia. *42(3):191-7.*
- Yannakouli, M., Matalas, AL., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Passos, M. & Klimis-Zacas, D. (2004). Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eat Weight Disord. 9(2):126-33.*

Autores

- ¹ Joana Alexandre e Raquel Ribeiro
Internas do Internato Complementar de Psiquiatria - Serviço de Psiquiatria - Hospital Fernando Fonseca
- ² Ricardo Ginestal
Assistente Hospitalar - Serviço de Neurologia - Hospital Fernando Fonseca
- ³ Graça Cardoso
Directora do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca

Contacto

Joana Alexandre

E-mail: joanaalexandre@gmail.com