

PHDA e Patologia do Comportamento Alimentar

em Adolescentes – terreno comum? (resultados preliminares)

Inês Guerra Aguiar¹, Joana Saraiva², Filipa Moreira¹, João Caseiro¹, Carla Araújo¹, Vítor Leite¹, Manuela Araújo³, Otilia Queirós², João Guerra², Luísa Confraria²

¹Interno de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e da Adolescência; ²Assistente Hospitalar Graduado em Psiquiatria da Infância e da Adolescência; ³Assistente Hospitalar em Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

INTRODUÇÃO

- A **PHDA** é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais prevalentes na infância (prevalência estimada de 3-5%)¹.
- Há interesse crescente na possibilidade das características core desta entidade - desatenção, hiperatividade e impulsividade - contribuírem para o desenvolvimento de comportamentos mal adaptativos, nomeadamente do foro alimentar¹. Estas características estão frequentemente presentes nas **Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI)**^{2,3}.
- Partilha de características clínicas entre entidades, comparativamente com grupos controlo saudáveis⁴⁻⁷:
 - Impulsividade acentuada nas **PAI**, particularmente na **Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva**; limitações ao nível da atenção e das funções executivas; prática de exercício físico excessiva nas PAI como comportamento hiperativo/inquietude.
- ❖ **Estudos** que documentaram estas associações (em crianças, adolescentes e adultos jovens):
 - ✓ Biedermen *et al.* compararam ♀ PHDA vs ♀ não PHDA (10-25 anos de idade): ♀ PHDA com critérios de PAI em 16% dos casos (taxa de 5% no grupo controlo). No período de *follow-up*, as ♀ PHDA com 3x > probabilidade de PAI do que ♀ não PHDA e a taxa de prevalência de Bulimia Nervosa (BN) também era mais elevada nesse grupo^{1,3};
 - ✓ Yoshimasu *et al.* verificaram que jovens (6-17 anos de idade) com PHDA tinham 6x > probabilidade de PAI do que os sem PHDA^{1,11,12};
 - ✓ 2 de Mikami *et al.* (6-12 anos de idade): impulsividade como preditor de desenvolvimento de BN; adolescentes com PHDA subtipo combinado, com maior probabilidade de apresentar comportamentos alimentares patológicos do que os do subtipo desatento^{1,11,12};
 - ✓ Neumark-Steiner *et al.*: adolescentes com PHDA têm maior probabilidade de apresentar comportamentos alimentares patológicos, desejo de perder peso ou de procura de magreza, níveis mais elevados de insatisfação com o corpo e sintomas bulímicos relatados pelos cuidadores¹.
- A investigação acerca desta associação é ainda escassa e os resultados ambíguos, principalmente na população pediátrica^{3,7}.



OBJETIVOS

- Estabelecer a presença de **comportamentos alimentares disfuncionais** em **adolescentes com o diagnóstico de PHDA**, acompanhados na Consulta de Pedopsiquiatria do Serviço de Adolescentes do Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto (CHP);
- Na presença destes comportamentos, verificar se existe diferença na distribuição quantitativa entre diferentes subtipos de PHDA, entre sexos e quanto ao tipo de comportamento prevalente.

MATERIAL E MÉTODOS

Amostra constituída por adolescentes de ambos os sexos com o diagnóstico de PHDA (DSM-5), não medicados com psicoestimulantes, idealmente em primeira consulta.

- ✓ **Questionário sociodemográfico e clínico** – sexo, idade, subtipo de PHDA, antecedentes médico-cirúrgicos e psiquiátricos relevantes;
- ✓ **Eating Attitudes Test (EAT-26)** - instrumento de rastreio para *risco de doença do comportamento alimentar*, desenvolvido por Garner e Garfinkel:
 - escala com 26 itens, tipo Likert, de auto-preenchimento;
 - pontuação total varia entre 0 e 78, e valores mais elevados correspondem a maior presença de sintomatologia;
 - **valores ≥ 20 são indicativos de níveis elevados de preocupação com a dieta, peso corporal ou comportamentos alimentares problemáticos** mas não fazem o diagnóstico de doença nem permitem fazer diagnósticos diferenciais entre as diversas PAI; jovens com estes valores são avaliados em consulta de Pedopsiquiatria quanto à presença de sintomatologia patológica.
 - **Subescala Dieta** (13 itens) avalia a recusa patológica de alimentos com elevado valor calórico e preocupação em relação à forma física;
 - **Subescala Bulimia e Preocupação com a Comida** (6 itens) avalia episódios bulímicos/ingestão compulsiva seguida de indução de vômito ou de atos que evitam ganhar peso;
 - **Subescala Controlo Oral** (7 itens) avalia o autocontrolo sob a seleção e o padrão alimentar associado à pressão social para ingestão de alimentos e ganho de peso.
- Análise dos dados através do SPSS versão 22.



RESULTADOS

- Amostra constituída por **11 participantes**: 6 (54,5%) ♂ e 5 (45,5%) ♀;
- Média de idades: 13,82 (SD=1,25);
- Subtipo de PHDA: **6 (54,5%) apresentação combinada** e 5 (45,5%) apresentação predominantemente de desatenção;
- Não há diferenças estatisticamente significativas entre sexos quanto ao subtipo de PHDA ($U=11$ $p=0,54$) (*Teste Mann-Whitney*);
- Referência a **queixas alimentares em 3 casos (27,3%)**: 2 (18,2%) ingestão compulsiva/hiperfagia; 1 (9,1%) restrição;
- Não há diferença estatisticamente significativa entre ♂ e ♀, relativamente ao valor médio total do EAT-26 ($t_{(9)}=-1,37$ $p=0,204$) (*T teste para amostras independentes*);
- **Na Subescala Dieta ($f_{(1,9)}=-3,27$ $p=0,10$) há diferenças marginalmente significativas entre sexos**, sendo que as ♀ apresentam valores médios mais elevados (*Teste Manova*);
- Um (9,10%) participante cota valores totais > ao ponto de corte (20), o que poderá ser indicativo de distúrbio alimentar.

	Subescala Dieta	Subescala Bulimia e Preocupação com a Comida	Subescala Controlo Oral	Valor Total
Total	4,55 (SD=4,70)	0,27 (SD=0,65)	3,45 (SD=4,03)	8,27 (SD=8,13)
Sexo feminino	7,20 (SD=5,50)	0	4,60 (SD=5,13)	11, 8 (SD= 9,50)
Sexo masculino	2,33 (SD=2,66)	0,50 (SD=0,84)	2,50 (SD=3,02)	5,33 (SD= 6,09)

Tabela 1. Valores médios da EAT-26 e de desvio-padrão (SD).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

- ✓ Apesar de a PHDA ser mais prevalente no sexo ♂¹², a nossa amostra é constituída por um número considerável de ♀ (45,5%).
- ✓ Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de PHDA e o sexo.
- ✓ Relativamente à presença de queixas alimentares, apenas 3 participantes as referiam, sendo que 2 relataram ingestão compulsiva/ hiperfagia. No entanto, na Subescala Bulimia e Preocupação com a Comida, que se refere a este comportamento, são encontrados valores médios baixos.
- ✓ Embora as ♀ mostrem maior preocupação alimentar e com a imagem corporal (como descrito na literatura), e na nossa população o valor médio obtido no EAT é > ao dos ♂, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Apenas a Subescala Dieta mostrou haver diferenças marginalmente significativas entre os grupos.
- ✓ Apenas um elemento teve valor > ao ponto de corte, sendo que será avaliado em consulta com o Pedopsiquiatra assistente, orientada para a avaliação de distúrbio alimentar.



DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

- São necessários mais estudos prospetivos para nos elucidar quanto à **natureza da relação** entre **PHDA e PAI**, e quanto às **implicações do tratamento** de pacientes com esta **comorbidade**.
- A documentação de tal associação tem implicações importantes na identificação precoce e no tratamento desta potencial comorbidade pelo que há autores que defendem que os jovens com diagnóstico de PHDA deveriam preencher questionários de rastreio de alterações do comportamento alimentar.

Limitações do estudo:

- ❖ Estudo em fase inicial;
- ❖ Nº limitado da amostra, sem poder estatístico;
- ❖ Limitações inerentes às autoavaliações, nomeadamente dependência do *insight* do próprio quanto ao desajuste do comportamento.

1. Curtin C, Pagoto SL, Mick E. The association between ADHD and eating disorders / pathology in adolescents : A systematic review. 2013;2013(November):193–202. 2. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-5. 5º ed. Climepsi Editores; 2014. 3. Stulz N, Hepp U, Gächter C, Martin-Soelch C, Spindler A, Milos G. The severity of ADHD and eating disorder symptoms: a correlational study. BMC Psychiatry [Internet]. 2013;13:44. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3566966&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. 4. Rosval L, Steiger H, Bruce K, Israel M, Richardson J, Aubut M. Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention? Int J Eat Disord. 2006;39(7):590–3. 5. Waxman S. A systematic review of impulsivity in eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2009;17(6):408–25. 6. Bosanac P, Kurlender S, Stojanovska L, Hallam K, Norman T, McGrath C, et al. Neuropsychological study of underweight and “weight-recovered” anorexia nervosa compared with bulimia nervosa and normal controls. Int J Eat Disord. 2007;40(7):613–21. 7. Ptáček R, Kuželová H, Papežová H, Stěpánková T. Attention deficit hyperactivity disorder and eating disorders. Prague Med Rep. 2010;111(3):175–81. 8. Cortese S, Bernardina BD, Mouren MC. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and binge eating. Nutr Rev. 2007;65(9):404–11. 9. Reinblatt SP. Are Eating Disorders Related to Attention Deficit/Hyperactivity Disorder? Curr Treat Options Psychiatry [Internet]. 2015;2(4):402–12. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40501-015-0060-7>. 10. Wentz E, Lacey J, Waller G, Rastam M, Turk J, Gillberg C. Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients. A pilot study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2005;14(8):431–7. 11. Seitz J, Kahraman-Lanzerath B, Legenbauer T, Sarrar L, Herpertz S, Salbach-Andrae H, et al. The Role of Impulsivity, Inattention and Comorbid ADHD in Patients with Bulimia Nervosa. PLoS One. 2013;8(5). 12. Mikami AY, Hinshaw SP, Patterson KA, Lee JC. Eating pathology among adolescent girls with ADHD. J Abnorm Psychol. 2008;117(1):225–35. 13. Garner DM. Eating Attitudes Test (EAT-26): Scoring and Interpretation [Internet]. <http://www.eat-26.com/Scoring.Php>. 2004. p. 1–5. Available from: <http://www.eat-26.com/downloads.php>. 14. Alexandre J, Ribeiro R, Cardoso G. Comportamento Alimentar em doentes bipolares entre os sexos na pontuação do EAT 26. 2008.

