

■ Artigo Original

# A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas

Comorbidity in Eating and Psychological Disorders and its Clinical Implications

FERNANDA CELESTE DE  
OLIVEIRA MARTINS<sup>1</sup>  
ERLEI SASSI JR.<sup>2</sup>

---

## Resumo

Os autores revisam, de maneira breve, os estudos clínicos sobre comorbidade em transtornos alimentares. Aspectos gerais do tratamento nessas situações são discutidos.

**Palavras-chave:** Transtornos alimentares, diagnóstico, comorbidade.

---

## Abstract

We briefly reviewed the clinical studies of comorbidity in eating disorders. general aspects of the treatment in these situations are discussed.

**Keywords:** Eating disorders, diagnosis, comorbidity.

---

Recebido: 02/09/2004 - Aceito: 15/09/2004

1. Médica, colaboradora do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

2. Médico, preceptor da graduação do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Consultor do Disque-Psiquiatria Pró-Saúde do Instituto de Psiquiatria da FMUSP. Co-coordenador do Ambulatório Integrado – Transtornos de Personalidade (AITP) do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria da FMUSP. Coordenador da Miniequipe do AMBULIM do Instituto de Psiquiatria da FMUSP.

Endereço para correspondência: AMBULIM – Rua Dr. Ovideo Pires de Campos, 785 – 2º andar – 05403-010 – São Paulo – SP – e-mail: [ambulim@hcnnet.usp.br](mailto:ambulim@hcnnet.usp.br) – Fone: (11) 3069-6975.

Definimos comorbidade a ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos num mesmo indivíduo avaliado clinicamente. Em psiquiatria, as comorbidades são comuns. Alguns estudos sugerem que quase 50 por cento dos pacientes psiquiátricos recebem mais de um diagnóstico (Andrade, 1988). Alguns tipos de comorbidade podem antecipar a procura pelo atendimento médico em decorrência do grande desconforto que a superposição de sintomas pode causar. Por outro lado, a presença de uma comorbidade pode, de forma direta, interferir no prognóstico da doença e no seu manejo clínico. (Cordás, 1999).

Transtornos afetivos (depressivos principalmente), ansiosos (TOC), transtornos de personalidade (emocionalmente instável tipo *borderline* e impulsivo, histriônico e anancástico) segundo a literatura, têm grande prevalência em grupos de pacientes com transtornos alimentares, apesar da frequência de estas patologias serem muito variáveis de trabalho para trabalho.

A relação existente entre transtorno de personalidade e transtornos alimentares é muito complexa e vem sendo estudada nas últimas décadas em decorrência das implicações na abordagem e no tratamento desses pacientes. Os resultados epidemiológicos encontrados são muito variados, entretanto, estes sempre mostram uma relação próxima entre os dois transtornos. Um exemplo disso é a prevalência de transtornos de personalidade encontrada na população geral, sempre menor que a encontrada em pacientes com transtornos alimentares (incluindo aqueles trabalhos onde o percentual foi muito pequeno). Métodos empregados, escalas e classificações utilizadas para a elaboração dos trabalhos (DSMIII, DSMIII-R, DSMIV, CID-9, CID-10) podem ser implicados como os principais responsáveis pela faixa tão larga encontrada. Trabalhos realizados anteriormente ao DSM III ou mesmo CID 9 contêm dificuldades técnicas para a elaboração de um diagnóstico de personalidade e, para se considerarem os resultados obtidos, deve-se ter muita cautela. Um exemplo é encontrado no caso do transtorno de personalidade emocionalmente instável, *tipo borderline*, e bulimia nervosa. Nessas classificações antigas, encontramos alguns itens sobrepostos, o que poderia, dependendo da interpretação do examinador, mostrar tendências variadas. Outro fator complicador é que, antes do DSMIII, as classificações conhecidas não eram multiaxiais. A avaliação de sintomas depressivos, principalmente naquelas pacientes com muito baixo peso ou em uso ou dependência de drogas, comorbidade muito frequentemente encontrada nessa população, também pode influir nos resultados obtidos (Cloninger, 1999).

Mesmo com os problemas para elaboração de estatísticas, os transtornos de personalidade mais comumente encontrados em pacientes com bulimia são, de forma invariável, o emocionalmente instável, subtipo limítrofe, ou *borderline* (varia entre 14% e 83%, dependendo da metodologia empregada), o histriônico, em pacientes com anorexia nervosa

*borderline*, e anancástico. Outros transtornos de personalidade também aparecem com porcentagens muito baixas (evitativo, dependente e paranóide).

A genética de pacientes, implicação de neurotransmissores envolvidos em comportamento de busca (busca pela novidade), esquiva aos perigos (esquiva ao dano), dependência de gratificação e persistência (Cloninger, 1999) constituirão os traços do temperamento. Tais traços podem ser abordados de forma parcial com o uso de medicações. Abordagens psicoterápicas específicas têm sido tentadas, visando ao caráter do paciente (Kernberg).

As relações que uma doença estabelece com outra podem ser muito variadas também e derivadas de casos crônicos. Têm sido observados inúmeros casos de transtornos alimentares surgindo em idades muito precoces. Esses pacientes “constroem” sua personalidade (marcando profundamente seu caráter e identidade) à luz de um transtorno alimentar. Quando chega ao fim da adolescência, início da idade adulta, o mesmo indivíduo pode apresentar uma forma de pensar, sentir e de se relacionar muito diferente da média da população. Esse funcionamento pode perpetuar mesmo na ausência do transtorno alimentar, ser duradouro e desadaptativo. Com esse comportamento, o indivíduo pode sofrer ou fazer sofrer quem o cerca. Em outras situações, pacientes com transtornos de personalidade primários podem, por conseguinte, desenvolver transtornos alimentares (Cordás, 1999).

As seguintes interpretações são possíveis diante de dois transtornos comórbidos (Francês e col., 1990):

1. O transtorno A predispõe ao transtorno B ou de alguma forma causa B;
2. O transtorno B predispõe ao transtorno A ou de alguma forma causa A;
3. A e B são influenciados por um fator subjacente C (predisponente ou causal);
4. A aparente associação de A e B é um resultado casual decorrente de serem relativamente frequentes na amostra estudada ou por outros fatores ao acaso.

## Estratégias de tratamento

A estratégia de tratamento de pacientes com transtornos alimentares em comorbidade com transtornos de personalidade torna-se muito complexa e requer uma equipe multidisciplinar treinada para tal. A abordagem deve ser nutricional, psicológica e psiquiátrica.

As estratégias de tratamento vão se configurando para algo muito individual, com poucas experiências grupais de sucesso. Traços anti-sociais em pacientes com transtornos de personalidade anancástico, limítrofe, ou histriônico podem comprometer de forma direta qualquer tratamento de abordagem grupal, mediante rigorosos ataques ao próprio tratamento, ou a melhoras individuais.

Pacientes que melhoram podem ser vistos como “traidores”, fato muito comum em grupos de pacientes com anorexia nervosa.

Os pacientes, além de necessitarem de períodos maiores de internação, tentam mais o suicídio, automutilam-se e mobilizam a equipe e outras pacientes de forma maciça, despertando sentimentos variados em seus membros. Esses sentimentos e impressões devem ser discutidos em reuniões rotineiras com o supervisor experiente para que as “atuações” desses pacientes sejam minimizadas (Tyner, 1993).

Pacientes com transtornos alimentares e distúrbios da personalidade têm uma chance maior de cronificação. Mesmo que a palavra “cronificar” apresente conotação esdrúxula e malvista por alguns grupos que se dedicam à abordagem de doenças mentais, ela pode ser entendida como uma forma adaptativa nesses casos. Transtornos alimentares são doenças graves de grande morbidade. Esta morbidade, dependendo do tipo e da gravidade do transtorno de personalidade associado, pode chegar a patamares tão altos que o fato de uma paciente sobreviver em dez anos de tratamento deveria ser comemorado como uma vitória. Tornar-se crônico pode significar um sucesso. Uma paciente com medo do abandono muito acentuado e por não se sentir apta a viver sozinha, tende a cronificar-se, permanecendo por muitos anos em instituições destinadas ao tratamento de pessoas com

transtornos alimentares. Assumem uma identidade de bulímica, ou de paciente com anorexia. Isso é muito notado, pois as expectativas do terapeuta são vivenciadas com grande ansiedade pelo paciente. Não raro, a paciente piora da sintomatologia alimentar ou mesmo ameaça ou tenta suicídio e se automutila em certos momentos nos quais se sente eminentemente abandonada por uma melhora qualquer de seu estado clínico que repercuta numa atenção menor por parte de seus terapeutas.

O emprego de psicofármacos nos transtornos alimentares está bem definido. Nos casos de comorbidade com os transtornos de personalidade, encontramos grandes divergências. Alguns clínicos vivem indagando-se se “personalidade” é “medicável”. No caso dos transtornos de personalidade, terapêuticas farmacológicas podem, de forma direta, melhorar a impulsividade, possibilitar uma adequação melhor do afeto, reduzindo as marcantes oscilações do humor e a ansiedade. As medicações incluem neurolépticos, inibidores da recaptção de serotonina, noradrenalina e estabilizadores de humor (Livesley, 2001).

Podemos concluir que a comorbidade transtornos de personalidade e transtornos alimentares interfere de forma direta no curso e prognóstico da doença, verificando-se alto índice de suicídio, recaídas constantes e ainda dificuldade na elaboração de estratégias de tratamento.

## Referências bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ª ed. edição, Washington, DC, 1994.
- CLONINGER, M.D. et al. - Archives of General Psychiatry. A Psychobiological Model of Temperament and Character and Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character 50: 975-99, 1993.
- COCCARO, E.F. - Fluoxetine and Impulsive-aggressive Behavior in Personality Disordered Subjects. *Arch Gen Psychiatry* 54: 1081-8, 1997.
- CORDAS, T.A.; NEVES, J.E.P. - Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica* 26: 41-7, 1999.
- FRANKEL, J.A. et al.. Personality Disorder Diagnoses in Patients with Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry* 53: 90-6.
- GABBARD, G.O. - Psiquiatria Psicodinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. - Escalas de Avaliação e Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. In: Fuentes, D.; Tavares, H.; Camargo, C.H.P.; Gorenstein, C. Cap p. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
- LIVESLEY, W.J. - *Handbook of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press, 2001.
- SALZMAN, C. - Effects of Fluoxetine on Anger in Symptomatic Volunteers with Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychopharmacology* 15: 23-9, 1995.
- SOLOFF, P.H. - Risk Factor for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 151: 1316-23, 1994.
- SOLOFF, P.H. - Psychopharmacology of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatry Clinics of North America* 23 (1), 2000.
- TYNER, P.; STEIN, G. - *Personality Disorders Reviewed*. London: Gaskell, 1993.